



Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP

Geltungsbereich: **AWO ER, AWO SONNE, AWO SSD**
Bereich: stationäre Pflege und stationäre Eingliederungshilfe

Einrichtung: _____ Eingangsvermerk der Einrichtung: _____

1.	Familienname, Vorname	Geburtsname
2.	Geburtsdatum	
3.	Pflegegrad (SGB XI) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag Begutachtung ist gestellt	
4.	Hilfebedarfsgruppe (Eingliederungshilfe) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Zwischenangebot <input type="checkbox"/> Sonderkostensatz <input type="checkbox"/> nein	
5.	Gehfähigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> nein	
6.	Treppensteigen möglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
7.	Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> vollständige Immobilität	
8.	Ausscheidung Harnkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stuhlkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9.	Hilfebedarf <input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei:	
10.	verordnete Hilfsmittel	
11.	örtlich orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	
12.	zeitlich orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	
13.	nachts ruhig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	
14.	Gemütsstimmung Art	
15.	gefährliche Eigenschaften <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise Wenn ja oder zeitweise , welche:	
16.	Suchtkrankheit <input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> nein	
17.	Körperliche Behinderungen Art	
18.	Geistig-seelische Behinderung oder Störung Art	
19.	Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein , welche:	
20.	Ist der/die Patient/in nachweislich frei von Multiresistenten Erregern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt Wenn nein , welche:	
21.	Impfstatus Tetanus <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein Pneumokokken <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein Gripeschutz <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein _____ <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein _____ <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein _____ <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="checkbox"/> nein	



Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP

Geltungsbereich: **AWO ER, AWO SONNE, AWO SSD**
Bereich: stationäre Pflege und stationäre Eingliederungshilfe

22. Diagnosen									
23. aktuelle Medikation	<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel Stärke Dosierung								
	<input type="checkbox"/> Dauermedikation Stärke Dosierung								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation mit Stärke</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;">Grund der Indikation</td> <td style="width: 20%; padding: 5px;">Einzeldosis</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">Tageshöchstdosis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation mit Stärke	Grund der Indikation	Einzeldosis	Tageshöchstdosis				
	<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation mit Stärke	Grund der Indikation	Einzeldosis	Tageshöchstdosis					
<input type="checkbox"/> Verbände/ sonstige ärztliche Verordnungen									
24. angeordnete Diät / notwendige Kostform	<input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> Sondenkost <input type="checkbox"/> nein aktuelles Gewicht:								
25. bestehende Facharztbehandlung/en	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Fachgebiet:</td> <td style="width: 50%;">Name Facharzt/Fachärztin:</td> </tr> <tr> <td>Fachgebiet:</td> <td>Name Facharzt/Fachärztin:</td> </tr> <tr> <td>Fachgebiet:</td> <td>Name Facharzt/Fachärztin:</td> </tr> <tr> <td>Fachgebiet:</td> <td>Name Facharzt/Fachärztin:</td> </tr> </table>	Fachgebiet:	Name Facharzt/Fachärztin:	Fachgebiet:	Name Facharzt/Fachärztin:	Fachgebiet:	Name Facharzt/Fachärztin:	Fachgebiet:	Name Facharzt/Fachärztin:
Fachgebiet:	Name Facharzt/Fachärztin:								
Fachgebiet:	Name Facharzt/Fachärztin:								
Fachgebiet:	Name Facharzt/Fachärztin:								
Fachgebiet:	Name Facharzt/Fachärztin:								

Der ärztliche Fragebogen darf am Einzugstag nicht älter als 14 Tage sein.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des/der Arztes/Ärztin