

# Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP

Einrichtung:  Eingangsvermerk der Einrichtung:

1. Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsname	<input type="text"/>
2. Geburtsdatum	<input type="text"/>		
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	<input type="text"/>		
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	<input type="text"/>		
15. gefährliche Eigenschaften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise Wenn <b>ja</b> oder <b>zeitweise</b> , welche:		
16. Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein		
17. Körperliche Behinderungen	Art <input type="text"/>		
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung	Art <input type="text"/>		
19. Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn <b>nein</b> , welche: <input type="text"/>		
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 <b>nein</b> , welche: <input type="text"/>		
21. Impfstatus	Tetanus <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein Pneumokokken <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein Gripeschutz <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ja, wann: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein		

## Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP

22. Diagnosen mit ICD 10 - Code und Datum	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>												
23. aktuelle Medikation	<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel	Stärke <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Dosierung <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>							
<input type="checkbox"/> Dauermedikation	Stärke <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Dosierung <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>								
<input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation mit Stärke	Grund der Indikation <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Einzeldosis <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				Tageshöchstdosis <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>				
<input type="checkbox"/> Verbände / sonstige ärztliche Verordnungen <table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>													
24. angeordnete Diät / notwendige Kostform	<input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> Sondenkost <input type="checkbox"/> nein <span style="float: right;">aktuelles Gewicht: <input type="text"/></span>												
25. bestehende Facharztbehandlung/en	Fachgebiet: <input type="text"/> Name Facharzt/Fachärztin: <input type="text"/>												
	Fachgebiet: <input type="text"/> Name Facharzt/Fachärztin: <input type="text"/>												
	Fachgebiet: <input type="text"/> Name Facharzt/Fachärztin: <input type="text"/>												
	Fachgebiet: <input type="text"/> Name Facharzt/Fachärztin: <input type="text"/>												

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des/der Arztes/Ärztin