

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP

Einrichtung: Eingangsvermerk der Einrichtung:

1. Name, Vorname			Geburtsname	
2. Geburtsdatum				
3. Pflegegrad (SGB XI)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ nein ☐ Antrag Begutachtung ist gestellt			
4. Eingruppierung (EGH)	☐ II ☐ III ☐ IV ☐ intern ☐ extern ☐ Sonderkostensatz			
5. Gehfähigkeit	☐ ja ☐ ja, mit Hilfsmittel ☐ nein			
6. Treppensteigen möglich	☐ ja ☐ nein			
7. Bettlägerigkeit	☐ nein ☐ selten ☐ häufig ☐ vollständige Immobilität			
8. Ausscheidung	Harnkontinenz: ☐ ja ☐ nein		Stuhlkontinenz: ☐ ja ☐ nein	
9. Hilfebedarf	☐ beim Essen ☐ beim Ankleiden ☐ beim Aufstehen aus dem Bett ☐ beim Benutzen der Toilette ☐ beim Waschen ☐ beim Frisieren / Rasieren ☐ beim Lagern zur Nachtruhe ☐ bei:			
10. verordnete Hilfsmittel				
11. örtlich orientiert	☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise			
12. zeitlich orientiert	☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise			
13. nachts ruhig	☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise			
14. Gemütsstimmung				
15. gefährliche Eigenschaften	☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise Wenn ja oder zeitweise , welche: 			
16. Suchtkrankheit	☐ ja, welche: ☐ nein			
17. Körperliche Behinderungen	Art 			
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung	Art 			
19. Ist der*die Patient*in frei von ansteckenden Krankheiten? (beachte § 35 Abs.5 IfSG)	☐ ja ☐ nein Wenn nein , welche: 			
20. Ist der/die Patient/in nachweislich frei von Multiresistenten Erregern?	☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt Wenn nein , welche: 			
21. Impfstatus	Covid 19 Tetanus ☐ ja, wann: ☐ nein Pneumokokken ☐ ja, wann: ☐ nein Gripeschutz ☐ ja, wann: ☐ nein ☐ ja, wann: ☐ nein ☐ ja, wann: ☐ nein ☐ ja, wann: ☐ nein			

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme Heim, KZP

22. Diagnosen mit ICD - Code und Datum				
23. aktuelle Medikation	☐ Betäubungsmittel	Stärke	Dosierung	
	☐ Dauermedikation	Stärke	Dosierung	
	☐ Bedarfsmedikation mit Stärke	Grund der Indikation	Einzeldosis	Tageshöchstdosis
	☐ Verbände / sonstige ärztliche Verordnungen			
24. angeordnete Diät / notwendige Kostform	☐ ja, welche: ☐ Sondenkost ☐ nein aktuelles Gewicht: 			
25. bestehende Facharztbehandlung/en	Fachgebiet:		Name Facharzt/Fachärztin:	
	Fachgebiet:		Name Facharzt/Fachärztin:	
	Fachgebiet:		Name Facharzt/Fachärztin:	
	Fachgebiet:		Name Facharzt/Fachärztin:	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt*Ärztin