

Seniorenpflege Haus Kappen

52385 Nideggen (Tel.: 02427 / 452)

Ärztlicher Fragebogen / Pflegeüberleitungsbogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name:
Geboren am:
Anschrift:
Telefon – Nr.:

Patient lebt **allein** **bei Angehörigen** **bereits im Heim**

Kontaktperson / Zugehörigkeit:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Betreuung: **Ja** **nein**

Name/n:

Vorsorgevollmacht **ja** **nein**

Tel. – Nr.:

Krankenkasse: _____ **Rezeptgebührenbefreiung:** **ja** **nein**

Diagnose (einschl. Suchterkrankungen):

Medikamentenverordnung:

Speise-Vorschriften / -Empfehlungen (ggf. Attest beifügen):

Besondere Probleme (z.B. Unverträglichkeiten):

Psychischer Zustand:

ohne Besonderheiten

Desorientiertheit

zeitlich

gelegentlich

häufig

dauernd

örtlich

persönlich

situativ

Verwirrtheit / Unruhe

gelegentlich

häufig

dauernd

eher am Tage

eher in der Nacht

Apathie / Antriebslosigkeit

Sonstiges:

Seniorenpflege Haus Kappen

52385 Nideggen (Tel.: 02427 / 452)

Physischer Zustand:

- Sturzrisiko** gering hoch sehr hoch
 Bettlägerigkeit selten häufig überwiegend ständig
 Dekubitusgefahr gering hoch sehr hoch

Dekubitalgeschwüre: Lokalisation: _____ Größe: _____

Urininkontinenz Stuhlinkontinenz

Paresen / Lähmungen: welche?

Sprachstörungen: welcher Art?

Schluckstörung: Ursache?

Sonstiges, z. B. Suchtkrankheit:

ansteckende Krankheiten (z.B. TBC):

MRSA <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ORSA <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Hilfe nötig bei:</u>	<u>Vorhandene Hilfsmittel:</u>
<input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden	<input type="checkbox"/> Stützstrümpfe
<input type="checkbox"/> Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Gehhilfe
<input type="checkbox"/> Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/> Zahnprothese
<input type="checkbox"/> Waschen / Duschen / Baden	<input type="checkbox"/> andere Prothese
<input type="checkbox"/> Zahnpflege	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Haarpflege / Rasieren	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Nagelpflege	<input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Zubereitung von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> Weitere benötigte Hilfsmittel:
<input type="checkbox"/> Einnahme von Mahlzeiten	
<input type="checkbox"/> Benutzung des WC	
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftlichen Verrichtungen	

Bescheinigung der Heimpflegebedürftigkeit:

Die Aufnahme in die stationäre Einrichtung ist aus

- körperlichen geistig-seelischen Gründen notwendig.

Dieses Gutachten basiert auf einer persönlichen Untersuchung des aufzunehmenden

Patienten am: _____

Ort:

Datum:

Stempel / Unterschrift des Arztes