

Ev. Pflegezentrum Lore Malsch
Friedrich-Hoffman-Straße 4a
85521 Riemerling

Tel. 089 6005 - 6111 / - 6113

Fax. 089 6005 6197

E-Mail: aph-riemerling@im-muenchen.de

Ärztlicher Fragebogen

Zur Information an den Hausarzt:

Dieser Fragebogen dient der ersten Einschätzung des derzeitigen Gesundheitszustandes Ihres Patienten anlässlich des geplanten Einzugs in das oben genannte Alten- und Pflegeheim.

Alle Angaben werden unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen behandelt.

Name des behandelnden Arztes _____

Adresse des behandelnden Arztes _____

Telefonnummer und Faxnummer des behandelnden Arztes _____

1. Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

2. Körpergröße des Patienten: _____ cm Gewicht: _____ kg

3. Empfohlene Unterbringung / Versorgung

Patient sollte aufgenommen werden im

- Wohnbereich Pflegebereich Gerontopsychiatrischer Bereich Kurzzeitpflege

4. Besondere pflegerelevante Gegebenheiten und Erkrankungen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Häufige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Psychose | <input type="checkbox"/> Apoplex |
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit | <input type="checkbox"/> Suizidgefahr | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Alkoholabusus | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Medikamentabusus | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson |
| | <input type="checkbox"/> Allergie(n), Unverträglichkeiten: | |

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Eigengefährdung | <input type="checkbox"/> Beatmungspflicht |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter (Puf-fi) | <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> Tracheostoma |
| <input type="checkbox"/> Transurethraler Katheter | <input type="checkbox"/> zeitliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> Port |
| <input type="checkbox"/> Anus praeter | <input type="checkbox"/> örtliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> FEM erforderlich: |
| | <input type="checkbox"/> situative Desorientierung | _____ |
| | <input type="checkbox"/> persönliche Desorientierung | |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus / Dekubitalulcera: | <input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| _____ | <input type="checkbox"/> Demenz | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | |
| | <input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe | |

5. Behinderungen, Lähmungen, Versteifungen, Amputationen

| Lähmungen: | Versteifungen: | Amputation(en): | Sonstige Behinderungen: |
|---|--------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung rechts | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | | |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung links | <input type="checkbox"/> Hüfte | | |
| <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung | <input type="checkbox"/> Knie | | |
| | <input type="checkbox"/> Fuß | | |

6. An Hilfsmitteln werden benötigt:

- Gehstock Rollator Rollstuhl Wechseldruckmatratze
 O2-Konzentrator Absauggerät Für FEM:
 Sonstige: _____

7. Hilfe ist nötig...

- Bei der Nahrungsaufnahme Bei der Körperpflege Bei der Mobilität
 bei _____

8. Letzte stationäre Behandlung

- Krankenhaus Gerontopsychiatrische Einrichtung REHA- Klinik

Datum: _____ Abteilung: _____

Grund: _____

9. Aktuelle Diagnose(n) laut ICD 10 (Angabe bitte in Wortlaut und Codennummer(n))

10. Aktuelle medikamentöse Therapie

| Medikamente / Injektionen | Dosierung |
|---------------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

11. Nachweis über ansteckungsfähige Erkrankungen sowie gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

11.1 Beim Patienten **liegen derzeit keine Anhaltspunkte** für das Vorliegen oben benannter ansteckungsfähiger Erkrankungen vor.

11.2 Beim Patienten liegen derzeit Anhaltspunkte für folgende Erkrankungen vor:

- Ansteckungsfähige Lungentuberkulose MRSA / MRGN / ESBL
 Hepatitis B / C HIV / AIDS
 Sonstiges _____

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift