

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur HEIMAUFNAHME

- ☐ **Altenheim St. Barbara**
Elisabethstraße 40, 47178 Duisburg
- ☐ **Elisabeth Groß Haus**
Josefstraße 15, 47178 Duisburg
- ☐ **Junge Pflege St. Katharina**
Elisabethstraße 6, 47178 Duisburg

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße _____ PLZ und Ort _____

Name des Krankenhauses, falls zurzeit stationär _____

Somatische und psychiatrische Erkrankungen,
die die Selbstständigkeit so weit einschränken, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt:

1. _____
2. _____
3. _____

Besondere Hinweise:

Insulin-/Tablettenpflichtiger

Diabetes mellitus ☐

Antiepileptikatherapie ☐

Antikoagulationstherapie ☐

Allergien: _____

Implantate: _____

Ansteckende Krankheiten gemäß Infektionsschutzgesetz: ja ☐

nein ☐

Zutreffendes bitte für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktuelter Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegend personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	☐	☐	☐	☐
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	☐	☐	☐	☐
Umsetzen (Transfer)	☐	☐	☐	☐
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)	☐	☐	☐	☐

Körperbezogene Maßnahmen	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktuelter Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegend personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Waschen vorderer Oberkörper	☐	☐	☐	☐
Waschen Intimbereich	☐	☐	☐	☐
Duschen und Baden Ober- /Unterkörper, Haare)	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden des Oberkörpers	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden des Unterkörpers	☐	☐	☐	☐

	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer punktueller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung, überwiegend personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig, wird fremdübernommen
Essen	☐	☐	☐	☐
Ernährung parenteral / PEG / PEJ	☐	☐	☐	☐
Bitte nähere Angaben zur Ernähr. parenteral / PEG / PEJ				
Trinken	☐	☐	☐	☐
Benutzung einer Toilette oder eines Toilettensuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)	☐	☐	☐	☐
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz / Umgang mit Dauerkatheter oder Urostoma	☐	☐	☐	☐
Bitte nähere Angaben zur Harninkontinenz, DK, Urostoma	Kathetergröße (Ch.): Datum des letzten Wechels:			
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz / Umgang mit Stoma	☐	☐	☐	☐

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)	☐	☐	☐	☐
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	☐	☐	☐	☐
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	☐	☐	☐	☐
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder hören)	☐	☐	☐	☐

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:
 Bestehen z. B. Unruhezustände, aggressives/abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verfahrensweisen? Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)

Erschwerisfaktoren:

Kontrakturen	☐	Lokalisation	_____
Dekubitus	☐	Lokalisation	_____
Lähmungen	☐	Lokalisation	_____
Wunden	☐	Lokalisation	_____

Sind freiheitsbeschränkte Maßnahmen erforderlich (z. B. Bettgitter)? ☐ ja ☐ nein
 wenn ja, welche? _____

Suchterkrankungen: ☐ Alkohol ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐ sonstige _____

Spezielle Aspekte / Pflegemaßnahmen:			
Pilzinfektion	ja	☐	Lokalisation: _____
MRSA	ja	☐	Lokalisation: _____
ESBL	ja	☐	Lokalisation: _____
Sonstiger Keim	ja	☐	Lokalisation: _____
Letzter Abstrich	_____		
Lungentuberkulose	ja	☐	Letzte Thoraxaufnahme vom: _____

Datum	Unterschrift und Stempel Hausarzt/Hausärztin Unterschrift Klinikarzt/Klinikärztin und Unterschrift Pflegefachkraft (falls Patient/in zur Zeit im Krankenhaus)
-------------	--