



Pflegeheim St. Marienhaus

Waldshuter Straße 8
79713 Bad Säckingen

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden, gerne auch per Fax an 07761 555 - 8500

Zusätzlich bitten wir um einen Ausdruck der Diagnosen mit ICD-10-Code und den aktuellen Medikationsplan

Behandeln Sie den Patienten nach erfolgten Heimeinzug weiter?

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Körpergröße und Gewicht

Infektionen

Ist der Patient MRSA / MSA / ORSA / ESBL Träger?
(bitte entsprechendes markieren)

nein ja

Bestehen sonstige ansteckende Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Ansteckende Atemwegserkrankungen z. B. TBC

nein ja

Erkrankungen/Einschränkungen

Hat der Patient Implantate / künstliche Gelenke?
(Herzschrittmacher etc.)

nein ja

Welche / Wo? :

Nimmt der Patient blutgerinnungshemmende Medikamente
ein? (Marcumar)

nein ja, welche?

Diabetiker? nein ja Tabletten

Insulinpflichtig

Besteht eine Schmerzsymptomatik?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo? Wird eine Therapie angewandt?
Besteht eine Suchterkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Besteht eine psychische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Hautzustand		
<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken/schuppig	<input type="checkbox"/> Hämatome
<input type="checkbox"/> Dekubitus, Grad		<input type="checkbox"/> Ulcera
		<input type="checkbox"/> sonst. Läsionen
Lokalisation/ Beschreibung		

Selbstversorgung/Mobilität - von den Angehörigen auszufüllen -				
Patient ist	orientiert	zeitweise orientiert	ständig desorientiert	
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> Inkontinent	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> transurethraler Katheter
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	
Bewegung/Gehen	<input type="checkbox"/> ist selbstständig möglich <input type="checkbox"/> Bewohner kann Treppen steigen		<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung <input type="checkbox"/> Bewohner ist bettlägerig	
Mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> Gehstütze <input type="checkbox"/> Gehstock		<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl	
Patient hat eine	<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz			
Schlafen	<input type="checkbox"/> hat Einschlafstörungen		<input type="checkbox"/> hat Durchschlafstörungen	
Nachtruhe	<input type="checkbox"/> unauffällig		<input type="checkbox"/> unruhig	
Sehstörungen	<input type="checkbox"/> rechts		<input type="checkbox"/> links	
Patient hört	<input type="checkbox"/> schwer		<input type="checkbox"/> ist taub	

Datum _____

Stempel/Unterschrift des Arztes _____