

- Vollstationäre Pflege
 Kurzzeitpflege
 Tagespflege

+++ Bitte frühestens zwei Wochen vor Einzug ausfüllen lassen! +++

Theodor-Heuss-Str. 6-12, 56626 Andernach Tel-Nr. 02632-409-0

Ärztlicher Fragebogen

Fax-Nr. 02632-409460

1. **Zuname / Vorname** _____

2. **Geburtstag** _____

3. Mobilität

Ist die Person gehfähig? Ja Nein

Ist die Person häufig bettlägerig? Ja Nein

Ist die Person bettlägerig? Ja Nein

Besteht eine Sturzgefährdung? Ja Nein

Werden Hilfsmittel benötigt? Rollstuhl Rollator Gehstock

4. Wunden/Hilfsmittel

Dekubitus Nein Ja Grad _____

Wunden Nein Ja

Welche? _____

5. Geistiger Zustand

örtlich Ja Nein situativ Ja Nein

zeitlich Ja Nein persönlich Ja Nein

Liegt eine Non-Compliance vor? Ja Nein

- nächtliche Unruhen Ja Nein

- Hinlauftendenz Ja Nein

- Schreien Ja Nein

6. Einstellung zum Einzug/Aufnahme in die Einrichtung

Positiv gestimmt kritisch nimmt Situation hin
ängstlich nicht informiert über Einzug/Aufnahme

7. Kann Sie / Er sich durch Betätigen der Rufanlage bemerkbar machen?

Ja Nein

8. Liegen Suchtkrankheiten vor ?

Nein Ja welche _____

9. Ausscheidungen

Urininkontinenz Nein Ja
(bitte Rezept zur Versorgung
im Heim ausstellen lassen!)

Stuhlinkontinenz Nein gelegentlich Ja

Hilfsmittel (z.B. Blasenkatheter, Inkontinenzartikel, Toilettenstuhl, etc.)

10. Bitte fügen Sie einen aktuellen Ausdruck der Diagnosen bei.

11. Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikationsplan bei, inklusive Anordnung von eventuellen Bedarfsmedikationen, Augentropfen, Salben, Insulinplänen und Wundversorgung. Vielen Dank.

12. Hinweis und Bemerkung des Arztes _____

Ort, Datum _____ (Stempel + Unterschrift des Arztes)