

	<b>Ärztlicher Fragebogen bei Einzug</b> <b>Checkliste</b> <b>02-01 Einzug Senioren</b>	<b>Seniorenbereich</b>
		8.0 29.04.2022

Name des/der Patient\*in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**1. Liegt bereits eine Einschätzung vom Medizinischen Dienst vor?**

nein  ja Pflegegrad:  1  2  3  4  5

**2. Benötigt der/die PatientIn Hilfe beim:**

	nein	teilweise	ja/immer
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Liegt eine Inkontinenz vor?**

Stuhlinkontinenz:  ja  nein

Harninkontinenz:  ja  nein

Ist der/die PatientIn mit einem Blasenkatheter versorgt?

nein  ja  urethral  suprapubisch

**4. Von welchen Einschränkungen ist der/die PatientIn in der körperlichen Leistungsfähigkeit betroffen?**

Sehvermögen:  gut  schlecht  Brillenträger  blind

Hörvermögen:  gut  schlecht  Hörgerät  taub

Sprachstörungen:  keine  kann sich sprachlich nicht mitteilen  
 motorische/sensorische Störungen (verwaschene Sprache)

Weitere Einschränkungen:  Dysphagie

Lähmungen:  nein  ja/wo und welche: \_\_\_\_\_

Kontrakturen:  nein  ja/an welchen Gelenken: \_\_\_\_\_

Dekubitalgeschwüre:  nein  ja/wo und welcher Grad: \_\_\_\_\_

Andere Wunden: \_\_\_\_\_

Amputationen:  nein  ja/wo: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel:  Rollator  Rollstuhl  Sonstige: \_\_\_\_\_

**5. Ist der/die PatientIn örtlich und zeitlich orientiert:**  nein  teilweise  ja

**6. Ist der/die PatientIn bettlägerig?**  nein  ja

**7. Liegt ein dementielles Syndrom vor?**  nein  ja

**8. Treten nachts Unruhezustände auf?**  nein  ja

Dateiname:	Ärztlicher Fragebogen bei Einzug	Seite:	1 von 2
Erstellung durch:	PDL Senioren	Datum:	01.06.2012
Revision durch:	QMB	Datum:	29.04.2022
Freigabe durch:	PÜL; PD	Datum:	29.04.2022



# Ärztlicher Fragebogen bei Einzug

Checkliste

02-01 Einzug Senioren

Seniorenbereich

8.0  
29.04.2022

9. Benötigt der/die PatientIn ständige Überwachung und Kontrolle?  nein  ja

10. Ist der Bewohner Hinlaufgefährdet?  nein  ja

11. Liegt eine Suchterkrankung vor?  nein  ja

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

12. Leidet der/die PatientIn an übertragbaren Krankheiten oder ist mit deren Erregern infiziert wie z. B.:

Tbc:  ja  nein (Ausschluss einer TBC ist in den letzten 6 Monaten vor Einzug erfolgt)

Hepatitis:  ja  nein (Wenn ja, welche \_\_\_\_\_)

Parasiten:  ja  nein

MRE:  ja  nein  VRE:  ja  nein  Wenn ja, welcher Erreger \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

13. Angaben zu chronischen Erkrankungen bzw. Besonderheiten:

Diabetes mellitus:  ja  nein (Wenn ja, bitte ICD-Schlüssel \_\_\_\_\_)

Multiple Sklerose:  ja  nein (Wenn ja, bitte ICD-Schlüssel \_\_\_\_\_)

Parkinson:  ja  nein

Allergien:  ja  nein (Wenn ja, welche \_\_\_\_\_)

Kostform:  Vollkost  Passierte Kost  Diät/welche: \_\_\_\_\_  
 PEG

Sauerstoffpflichtiger Patient:  ja  nein

Psychische Beeinträchtigungen:  nein  ja/welche: \_\_\_\_\_

14. Sonstige Diagnosen: (Bitte ICD-Schlüssel angeben)

15. Impfstatus Covid:

2. Impfung am \_\_\_\_\_

1. Auffrischungsimpfung am: \_\_\_\_\_

2. Auffrischungsimpfung am: \_\_\_\_\_

16. Welche Medikamente sind für den/die PatientIn verordnet?


Datum: \_\_\_\_\_ Arztstempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Dateiname: Ärztlicher Fragebogen bei Einzug  
Erstellung durch: PDL Senioren  
Revision durch: QMB  
Freigabe durch: PÜL; PD

Seite: 2 von 2  
Datum: 01.06.2012  
Datum: 29.04.2022  
Datum: 29.04.2022