

Name des/der PatientIn: _____ 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: _____

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



Ärztlicher Fragebogen bei Einzug Checkliste

Seniorenbereich

02 D Bewohnerversorgung CL-00072

1.7
18.03.2020

8. Treten nachts Unruhezustände auf? nein ja

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

10. Ist der Bewohner Hin- bzw. Weglaufgefährdet? 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 Hepatitis: ja nein 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 Multiple Sklerose: nein ja

Parkinson: ja nein Allergien: nein ja

Welche: _____

Kostform: Vollkost Passierte Kost Diät/welche: _____
 PEG

Sauerstoffpflichtiger Patient: ja nein

Psychische Beeinträchtigungen: nein ja/welche: _____

14. Sonstige Diagnosen:

15. Allgemeine Begründung für die Aufnahme in eine Einrichtung der Altenhilfe

- Fehlen einer Pflegeperson
- Pflegebereitschaft möglicher Pflegeperson/en fehlt
- drohende bzw. eingetretene Überforderung der Pflegeperson/en
- drohende bzw. eingetretene Verwahrlosung des Patienten/der Patientin
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Patienten/der Patientin
- häusliche Pflege wegen räumlicher Gegebenheiten nicht möglich

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

Datum: _____ Arztstempel/Unterschrift: _____