

Seniorenheim St. Martin Waging am See



Tel: 0 86 81/ 696 –400
Fax-Nr: 0 86 81/ 44 71

IK 510 912 946

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Vormerkung/Aufnahme in unsere stationäre Pflegeeinrichtung

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Adresse _____

Hausarzt: _____

Hausärztliche Versorgung während der Kurzzeitpflege gewährleistet durch?:

Pflegegrad vorhanden nein ja, welcher: _____

Aktuelle Diagnosen einschl. allergischer Erkrankungen (bitte leserlich):

1.		
2.		
3.		
4.		
Wurde ihr Patient gegen SARS Covid- 19 geimpft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hatte Ihr Patient bereit eine SARS Covid- 19 Infektion? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
1. Impfung am:	2. Impfung am:	3. Impfung am:
		<input type="checkbox"/> lehnt Impfung ab

Hat der Patient MRSA- oder MSA- oder ORSA- oder CDT- Träger? nein ja, welche _____

Liegt eine andere meldepflichtige/ ansteckende Erkrankung vor? nein ja, welche _____

Aktuelle erforderliche pflegerische Situation und Versorgungsausrichtung:		
<input type="checkbox"/> Aktivierende Pflege	<input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> Palliative Situation

Bestehende Therapien/ Behandlungspflege:

Langzeitsauerstoff	<input type="checkbox"/> ja	FlüssigO2	<input type="checkbox"/> Gasf.O2
Wundversorgung	<input type="checkbox"/> ja	Art: _____	
Stoma	<input type="checkbox"/> ja	Art: _____	
Katheter	<input type="checkbox"/> ja	Art: _____	
PEG	<input type="checkbox"/> ja	Art: _____	
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	Art: _____	

Ist die weitere Versorgung mit o.g. Therapien für unsere Einrichtung in die Wege geleitet? ja nein

Körperlicher Zustand:

<input type="checkbox"/> Gehfähigkeit vorhanden	<input type="checkbox"/> Gehen mit Hilfsmittel:
<input type="checkbox"/> Sturzgefährdet	<input type="checkbox"/> Treppensteigen möglich
<input type="checkbox"/> Bettlägerig	<input type="checkbox"/> Transfer in Rollstuhl möglich
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Urininkontinenz
<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> Hörschwäche
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Sehschwäche

Verhalten:

<input type="checkbox"/> Unruhezustände bei Tag	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> Alkoholabhängig
<input type="checkbox"/> Unruhezustände bei Nacht	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> Medikamentenabhängig
<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen bei Tag	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen bei Nacht	<input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden

Hilfebedürftigkeit: benötigt ihr Patient bei folgenden Verrichtungen Hilfe?

<input type="checkbox"/> Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Frisieren/ Rasieren	<input type="checkbox"/> Orientierung:
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Nagelpflege	<input type="checkbox"/> Tagesstruktur/ Zeit
<input type="checkbox"/> Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/> Aufstehen/ Hinsetzen	<input type="checkbox"/> personell
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Lagerung/ Positionswechsel	<input type="checkbox"/> situativ
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen	<input type="checkbox"/> Einnahme der Medikamente	<input type="checkbox"/> örtlich

Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Hörgeräte re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gebiss oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonstiges:

Empfohlene stationäre Versorgung:

<input type="checkbox"/> Pflegebereich	<input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrisch	<input type="checkbox"/> stationär palliativ
<input type="checkbox"/> Beschützende Abteilung	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Hospiz
Bestehende Beschlüsse oder Empfehlungen:		
<input type="checkbox"/> Unterbringungsbeschluss	<input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung	Betreuer:
<input type="checkbox"/> Fixierungsbeschluss	<input type="checkbox"/> Bettgitter	<input type="checkbox"/> sonstiges:

Hinweise/ Bemerkungen:

Waging

_____, den _____
Ort_____
Stempel und Unterschrift des Arztes