



# SPG Senioren- und Pflegeheim Betriebs-GmbH & Co. Strandperle KG

## Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

### 1. Kommunikation Bewußtseinslage: (bitte ankreuzen)

- wach/ansprechbar    desorientiert    apallisch    Patient wird sediert  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 2. Mobilität

- keine Bewegungseinschränkungen    Gleichgewichtsstörungen  
 der Patient kann mit Hilfe aufstehen    in Begleitung (alleine) gehen  
 der Patient kann sich mit Hilfsmitteln allein fortbewegen  
 Rollstuhl    Gehwagen    Stock    : \_\_\_\_\_  
 der Patient trägt eine \_\_\_\_\_  
 der Patient kann im  Rollstuhl    Lehnstuhl \_\_\_\_\_ Std./min. sitzen  
 bettlägerig    selbständige Lagerung möglich    Lagerungswechsel durch Pflegepersonal  
 besondere Lagerung notwendig \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Körperlicher Zustand:

- Kontrakturen: \_\_\_\_\_  
 Dekubitalgeschwür/Grad: \_\_\_\_\_    Ödembildung: \_\_\_\_\_    Thrombosegefahr \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 3. Vitalfunktionen

- Atmung:**    spontan    beatmet    Sauerstoffgabe \_\_\_\_\_ l %  
 Tubus Gr.: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_    Absaugen der Atemwege nach Bedarf erforderlich  
 Pneumoniegefahr durch: \_\_\_\_\_

### Kreislauf:

Temperatur regulieren: \_\_\_\_\_

### 4. Körperpflege

- |               |                                      |   |   |  |
|---------------|--------------------------------------|---|---|--|
| Sich waschen  | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Anregung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Anregung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Intimpflege   | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Anregung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
| Hautpflege    | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> braucht Anregung | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> nicht möglich |
- Hilfestellung bei: \_\_\_\_\_

### 5. Essen und Trinken

- selbständig    enteral    Sonde Art: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
 Art des venösen Zugangs: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
 Sondennahrung: \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_ ml / h  
Kostform: \_\_\_\_\_  besondere Wünsche: \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 6. Ausscheidungen

- Urin  selbständig  Inkontinenz  Toiletentraining \_\_\_\_\_/stdl.  
Stuhl  selbständig  letzter Stuhlgang am: \_\_\_\_\_  
 Inkontinenz  Obstipation  Diarrhoe  
 Besonderheiten: \_\_\_\_\_

## 7. Sich kleiden

- selbst  braucht Anregung  benötigt Hilfe  nicht möglich  
 welche Kleidergewohnheiten: \_\_\_\_\_

## 8. Ruhen und Schlafen

Schlafgewohnheiten: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 9. Sich beschäftigen

- selbständig  braucht Anregung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 10. Für eine sichere Umgebung sorgen

- Fixierung nach Arztanordnung/richterlichen Beschluß seit: \_\_\_\_\_  
Tag/Nacht: stdl. \_\_\_\_\_

## 11. Soziale Bereiche des Lebens sichern

- Primäre persönliche Bezugsperson/en: \_\_\_\_\_  
 Pflegerische Anleitung und Beratung wird von diesen Bezugspersonen gewünscht  
 Therapeutischer Dienst

## 12. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

- Psychische Verfassung des Patienten: \_\_\_\_\_

## 13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 14. Krankheiten

Frei von ORSA:  ja  nein      Frei von MRSA:  ja  nein

Bestehen Suchtkrankheiten? Welcher Art? \_\_\_\_\_

Liegen psychische Störungen vor? Welcher Art? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
- Ort, Datum -

\_\_\_\_\_  
- Stempel und Unterschrift des Arztes -