

## Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung in einer stationären / teilstationären Pflegeeinrichtung  
Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen und ggf. im  
verschlossenen Umschlag einreichen. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

### Personalien

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Wurde bereits ein Pflegegrad festgestellt?  ja, Pflegegrad .....  nein  beantragt

**Aktuelle Diagnosen:** (ggf. Diagnoseblatt)

.....

**Weitere Diagnosen:** (chronische Erkrankungen und pflegerelevante Diagnosen):

.....

Allergien / Unverträglichkeiten: .....

Letzte stationäre Behandlung: .....

Medikamentöse Therapie: (alternativ Medikamentenplan) .....

.....

Sonstige Therapien: .....

### Körperlicher Zustand des Patienten:

Patient gehfähig?  ja  nein  mit Hilfe

Treppensteigen möglich?  ja  nein  mit Hilfe

Patient häufig bettlägerig?  ja  nein

Patient ständig bettlägerig?  ja  nein

Besteht Blaseninkontinenz?  ja  nein  dauernd  vorübergehend

Stuhlinkontinenz?  ja  nein  dauernd  vorübergehend

Hilfe durch Dritte?  Essen/Trinken  An- und Auskleiden  
 Toilettengang  Aufstehen /zu Bett gehen  
 Waschen/Baden  Frisieren bzw. Rasieren  
 Treppen steigen  Fahren im Rollstuhl

Sonstiges .....

## Geistig-seelischer Zustand des Patienten:

Orientierungsdefizit:  zeitlich  örtlich  situativ  zur Person  
Nächtliche Unruhe?  ja  nein  nicht immer

## Verhaltensauffälligkeiten:

Es besteht Neigung  zum Weglaufen  Suizidgefahr  
 zur Selbst/Fremdgefährdung  
 Sonstiges Verhalten: .....

## Bewusstseinslage:

wach  schläfrig  benommen  komatös  
Psychische Erkrankung?  ja  nein  
Geistige Behinderung?  ja  nein  
Suchtabhängigkeit?  ja  nein

Wenn ja welche? .....

(z.B. Alkohol, Drogen, Medikamente, Nikotin usw.)

## Ernährung:

Gewicht: ..... Größe: .....  
 Vollkost  salzarm  
 hochkalorisch  vegetarisch  
 passierte Kost  vegan  
 Besonderheiten: .....

## Medizinische Hilfsmittel:

Sauerstoffgerät  Port  
 PEG-Sonde  Tracheostoma  
 Stoma, wenn ja welches? .....  
 Sonstiges .....

## An Hilfsmitteln wird benutzt:

Brille  Prothesen  Hörgerät  
 Stock  Rollator  Rollstuhl  
 Sonstiges .....

## Empfohlene stationäre Versorgung:

Pflegebereich:  somatisch  gerontopsychiatrischer Bereich  
 beschützender Bereich  Pflegeoase (schwerste Demenz)  
Notwendigkeit eines Beschlusses:  ja, welcher? .....  nein

Beim Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende Krankheit vor (Nachweis gem. § 36 Abs. 4 IfSG.)

Sonstige Hinweise des Arztes? .....

Datum

Stempel u. Unterschrift des Arztes