

Fragebogen zur ärztlichen und pflegerischen Diagnose, Therapie und Versorgung. Eine Heimaufnahme ist nur nach Wiedervorlage des ausgefüllten Bogens möglich.

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ggf. Feststellung über Art, Umfang und Auswirkungen einer bestehenden Behinderung/einer Erkrankung

Befunde:

Ggf. Hinweise auf funktionelle Einbußen:

- physischer Genese:

- psychischer Genese:

Medikation: Bitte fügen Sie einen Ausdruck der aktuellen Medikation bei.

Vorschläge für sonstige Maßnahmen/Hilfsmittel:

Ist eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten?

- nein ja

Umfang der zu leistenden Hilfen

	<i>nicht erforderlich</i>	<i>gelegentlich / geringfügig</i>	<i>ständig / umfassend</i>
Zubettgehen und Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ablegen von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberhalten bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfestellung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellung bei Rollstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verabreichung von Medikamenten/Spritzen s.c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einwirkung auf die Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notwendigkeit den zukünftigen Bewohner zur selbständigen Erledigung pers. Verrichtungen des tägl. Lebens zu motivieren und anzuleiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notwendigkeit der Aufsicht (Bitte zusätzlich ankreuzen (T) tagsüber oder/und (N) nachts)

gelegentlich oder geringfügig

ständig oder umfassend

	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>T</i>	<i>N</i>
Neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt zum Zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefährdet sich selbst und andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Feststellungen

Geh- und stehunfähig, aber nicht ständig bettlägerig?
 Tagsüber bettlägerig?
 Dauer der Hilflosigkeit?
 Einzelzimmer erforderlich?
 MRSA- Infektion (oder andere multiresistente Keime)
 Suchtkrankheiten?
 welche?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> vorübergehend |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Sonstige Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel d. Arztes