



– Ärztlicher Fragebogen –

anlässlich der Anmeldung zur vollstationären Pflege oder Kurzzeitpflege

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

1. Krankheiten

bestehende Krankheiten, Diagnosen:

Allergien:

2. Der Aufzunehmende leidet unter folgenden funktionellen Einschränkungen

Bettlägerigkeit: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

Gehfähigkeit: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

Begleitung beim Gehen: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

Hilfsmittel (wenn ja, welches): ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

Hilfsmittel:

Urininkontinenz: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

Dauerkatheter: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: ☐ transurethral ☐ suprapubisch

Stuhlinkontinenz: ☐ Stoma

Desorientierung zeitlich ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

örtlich ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

situativ ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

zur Person ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

3. Hilfebedarf durch Unterstützung, Beaufsichtigung, teilweise/vollständige Übernahme oder Anleitung

Nahrungszubereitung: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

Nahrungsaufnahme: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

PEG: ☐ ja ☐ nein

Waschen: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweilig

Duschen/Baden:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig
Kämmen/Rasieren:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig
Zahnpflege:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig
An-/Auskleiden:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig
Aufstehen/Zubettgehen:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig
Benutzen der Toilette:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig
Medikamenteneinnahme:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig
Dekubituspflege:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig
Psychosoziale Betreuung:	☐	ja	☐	nein	☐	zeitweilig

4. Sonstiges

Begutachtung durch den MDK ist beantragt / hat stattgefunden:	☐	ja	☐	nein	
Einstufung durch den MDK liegt vor:	☐	ja	☐	nein	Pflegegrad:
Gerontopsychiatrische Unterbringung ist erforderlich:	☐	ja	☐	nein	
Liegen Infektionskrankheiten vor:	☐	ja	☐	nein	
Infektionskrankheit (z. B. MRSA, ESBL, Clostridien, HIV, Hepatitis usw.):					
Patient leidet an einer Suchterkrankung:	☐	ja	☐	nein	Suchterkrankung:
Geplante Entlassung:					

☐	Eine ambulante Versorgung ist nicht/nicht länger sicherzustellen. Eine Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist notwendig.
--------------------------	---

Bemerkungen:

Ort, Datum:	Stempel, Unterschrift des Arztes:
-------------	-----------------------------------