

Ärztlicher Fragebogen



**Seniorenheim
St. Martin**

Waging am See

Salzburger Str. 29

83329 Waging am See

Tel.: 08681/ 696 – 0

Fax: 08681/ 4471

IK 510912946

Anlässlich der Vormerkung/Aufnahme in unsere stationäre Pflegeeinrichtung

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Adresse _____

Telefon/ Email _____

Hausarzt: _____

Hausärztliche Versorgung während der Kurzzeitpflege gewährleistet durch?:

Pflegegrad vorhanden ☐ nein ☐ ja, welcher: _____

Aktuelle Diagnosen einschl. allergischer Erkrankungen (bitte leserlich):

1.
2.
3.
4.

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:

☐ Aktivierende
Pflege

☐ Rehabilitationsmaßnahmen

☐ Palliative
Situation

Bestehende Therapien/ Behandlungspflege:

Langzeitsauerstoff

☐ ja

FlüssigO₂

☐ Gasf.O₂

Wundversorgung

☐ ja

Art: _____

Stoma

☐ ja

Art: _____

Katheter

☐ ja

Art: _____

PEG

Sonstiges

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

☐ ja

☐ ja

☐ ja

Art: _____

Art _____

☐ nein

Körperlicher Zustand:

☐ Gehfähigkeit vorhanden	☐ Gehen mit Hilfsmittel:
☐ Sturzgefährdet	☐ Treppensteigen möglich
☐ Bettlägerig	☐ Transfer in Rollstuhl möglich
☐ Schluckstörungen	☐ Urininkontinenz
☐ Geistige Behinderung	☐ Stuhlinkontinenz
☐ Körperliche Behinderung	☐ Hörschwäche
☐ Herzschrittmacher	☐ Sehschwäche

Verhalten:

☐ Unruhezustände bei Tag	☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd	☐ Alkoholabhängig
☐ Unruhezustände bei Nacht	☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd	☐ Medikamentenabhängig
☐ Weglauftendenzen bei Tag	☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd	☐ Depressionen
☐ Weglauftendenzen bei Nacht	☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauernd	☐ Anfallsleiden

Hilfebedürftigkeit: benötigt ihr Patient bei folgenden Verrichtungen Hilfe?

☐ Essen und Trinken	☐ Frisieren/ Rasieren	☐ Orientierung:
☐ Waschen	☐ Nagelpflege	☐ Tagesstruktur/ Zeit
☐ Mund- und Zahnpflege	☐ Aufstehen/ Hinsetzen	☐ personell
☐ An- und Auskleiden	☐ Lagerung/ Positionswechsel	☐ situativ
☐ Ausscheidungen	☐ Einnahme der Medikamente	☐ örtlich

Hilfsmittel:

☐ Rollstuhl	☐ Rollator	☐ Brille
☐ Hörgeräte re ☐ li ☐	☐ Gebiss oben ☐ unten ☐	☐ sonstiges:

Empfohlene stationäre Versorgung:

☐ Pflegebereich	☐ Gerontopsychiatrisch	☐ stationär palliativ
☐ Beschützende Abteilung	☐ Betreutes Wohnen	☐ Hospiz
Bestehende Beschlüsse oder Empfehlungen:		
☐ Unterbringungsbeschluss	☐ gesetzliche Betreuung	Betreuer:
☐ Fixierungsbeschluss	☐ Bettgitter	☐ sonstiges:

Hinweise/ Bemerkungen:

Größe: _____

Gewicht: _____

Ort/ Datum: _____

Stempel/ Unterschrift Arzt