

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Vormerkung/

Aufnahme in unsere stationäre Pflegeeinrichtung

Datenschutz- & Einverständniserklärung



**Seniorenheim
St. Martin**

Waging am See

Die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten sowie der Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung des Vormerkungs- bzw. Aufnahmeantrags sowie zur Vorbereitung der pflegerischen und medizinischen Versorgung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

83329 Waging am See

Tel.: 08681/ 696 – 0

Fax: 08681/ 4471

IK 510912946

Personendaten & Ärztliche Betreuung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon / E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Hausärztliche Versorgung während Kurzzeitpflege gewährleistet durch: _____

Pflegegrad: ☐ Nein ☐ Ja, welcher: _____ Rezeptgebührenbefreiung: ☐ Ja ☐ Nein

Körpergröße: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Aktuelle Diagnosen & Infektionsschutz (inkl. Allergien, ICD in Kopie wenn vorhanden):

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 _____

Pflege- & Behandlungssituation

Ausrichtung der Pflege: ☐ Aktivierende Pflege ☐ Reha-Maßnahme ☐ Palliative Versorgung

Bestehende Therapien / Behandlungspflege:

Sauerstoff: ☐ Nein ☐ Ja (☐ Flüssig-O₂ ☐ Gasförmig-O₂)

Wundversorgung: ☐ Nein ☐ Ja, Art/Lokalisation: _____

Stoma: ☐ Nein ☐ Ja, Art: _____

Blasenkatheter: ☐ Nein ☐ Ja, Art: _____

PEG / Enterale Ernährung: [] Nein [] Ja, Art: _____

Sonstige Therapien: _____

Ist die Weiterversorgung / Materialbestellung für diese Therapien bereits in die Wege geleitet? ☐ Nein ☐ Ja

Körperlicher Zustand & Mobilität:

Mobilität & Bewegung	Sinneswahrnehmung & Kontinenz
☐ Treppensteigen möglich	☐ Kognitive Einschränkungen
☐ Gehfähig mit Hilfsmittel	☐ Beeinträchtigung der Körper- u. Raumwahrnehmung
☐ Sturzgefährdung bekannt	☐ Schluckstörungen
☐ Transfer in Rollstuhl möglich	☐ Hörbeeinträchtigung
☐ Körperliche Behinderung	☐ Sehbeeinträchtigung
☐ Bettlägerig/ Lebensraum Bett	☐ Urininkontinenz
☐ Herzschrittmacher	☐ Stuhlinkontinenz

Kognition, Verhalten & Schutzbedürfnis

Hinweis: Bitte geben Sie Besonderheiten an, damit wir das Wohnumfeld optimal anpassen können.

☐ Unruhezustände bei Tag	☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauerhaft
☐ Unruhezustände bei Nacht	☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauerhaft
☐ Laufdrang / Raum-Zeit-Desorientierung (Tag):	☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauerhaft
☐ Laufdrang / Raum-Zeit-Desorientierung (Nacht):	☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ dauerhaft

Einschränkungen / Erkrankungen:

- ☐ Depressive Verstimmung ☐ Demenz ☐ Anfallsleiden
- ☐ Abhängigkeitserkrankung (☐ Alkohol ☐ Medikamente)

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:

Ort/ Datum: _____

Stempel/ Unterschrift Arzt: _____