|  |  |
| --- | --- |
| Ärztlicher Fragebogen zum Bewohnereinzug/ Kurzzeitpflegeaufenthalt | Beschreibung: Logo_rgb15% |
|  |  |

**Bitte beachten Sie, dass dieser Bogen frühestens 4 Wochen vor dem geplanten Einzug oder Kurzzeit-pflegeaufenthalt durch den Hausarzt erstellt werden sollte.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name der Patientin/ des Patienten | Vorname | Geburtsdatum |
| Größe | Gewicht |  |

| **Hilfeleistung ist erforderlich bei folgenden Verrichtungen(Zutreffendes bitte ankreuzen)** | **Umfang der zu** **leistenden Hilfen** |
| --- | --- |
| **nicht** **erforderlich** | **gelegentlich/ geringfügig** | **dauerhaft/ umfassend** |
| Zubettgehen und Aufstehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| An- und Auskleiden | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| An- und Ablegen von Hilfsmitteln | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Benutzung der Toilette | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Gebrauch von Hilfsmitteln zur Ausscheidung (Bettpfanne, Nachtstuhl) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sauberhalten bei Inkontinenz | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Waschen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Baden, Duschen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Frisieren | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Rasieren | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Haare waschen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Mund- und Zahnpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Nagelpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Essen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Trinken | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Essen mundgerecht zubereiten | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hilfestellung beim Gehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hilfestellung bei der Benutzung eines Rollstuhls | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Verabreichung von Medikamenten | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Verabreichung von Spritzen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Einwirken auf die Einnahme von Medikamenten | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Wundpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Notwendigkeit, den Patienten zur selbständigen Erledigung persönlicher Verrichtungen des alltäglichen Lebens zu motivieren und anzuleiten | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Es besteht die Notwendigkeit der Aufsicht, da Patient |  |  |  |
| * zum Weglaufen neigt
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * zum Zerstören neigt
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * nicht orientiert ist
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * sich selbst und/oder andere gefährdet
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| *
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**2. Weitere Feststellungen:**

Die Patientin/ der Patient …

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * ist geh- und stehunfähig, aber nicht ständig bettlägerig
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * ist tagsüber bettlägerig.
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * neigt zu nächtlicher Unruhe.
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * benötigt aus medizinischen Gründen eine besondere Kost.
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| wenn ja, welche? |        |
| * ist harn-inkontinent und benötigt deshalb Materialien zur Inkontinenzversorgung.
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * ist stuhl-inkontinent
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| * leidet unter einer Suchterkrankung.
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| wenn ja, welche? |        |
| * hat Kontrakturen
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| wenn ja, welche? |        |

Wundversorgung

Die Patientin/ der Patient …

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * hat eine Wunde
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

wenn ja, wo und welche und Art der Versorgung?

**3. Ansteckende Erkrankungen und multiresistente Erreger**

Die Patientin/ der Patient …

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * hat eine ansteckende Erkrankung
 | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

wenn ja, welche (ICD-Code)?

|  |
| --- |
| * ist **zur Zeit** Träger eines multiresistenten Keims (z.B. MRSA/ORSA, 3MRGN, 4MRGN…) oder war **nach** **meiner Kenntnis** Träger eines solchen Keims **in der Vorgeschichte**
 |

aktuell vorliegender Keim Ja [ ]  Nein [ ]

mir bekannter Keim in der Vorgeschichte Ja [ ]  Nein [ ]

Welcher?

Bekannt seit

vorliegender negativer Abstrich Ja [ ]  Nein [ ]

Zuletzt am

* zeigt Anhaltspunkte für das Vorliegen einer
ansteckungsfähigen Lungentuberkulose
(Bescheinigung gemäß § 36 IfSG) Ja [ ]  Nein [ ]
* ist vollständig gegen COVID-19 geimpft / genesen Ja [ ]  Nein [ ]

Impfnachweis liegt vor Ja [ ]  Nein [ ]  Datum:

Genesenennachweis liegt vor Ja [ ]  Nein [ ]  Datum:

ärztliche Bescheinigung über eine
dauerhafte medizinische
Impf-Kontraindikation liegt vor Ja [ ]  Nein [ ]  Datum:

**4. Funktionelle Einbußen**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. im körperlichen Bereich
 |       |
| 1. im geistig-seelischen Bereich
 |       |

zeitlich [ ]  örtlich [ ]  persönlich [ ]  situativ [ ]

**5. Diagnosen** (incl. ICD-Code, Feststellungen über Art, Umfang, Auswirkungen)

[ ]  vgl. gesondertes Blatt (Auflistung hier entfällt)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnose** |  | **(ICD-Code)** |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |

**6. Medikation** (incl. Dosierung und Verabreichungszeitpunkte)

[ ]  vgl. gesondertes Blatt (Auflistung hier entfällt)

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |

**7. Sonstige Hinweise/Bemerkungen**

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist eine wesentliche Verbesserung des Gesundheits-zustandes des Patienten/der Patientin zu erwarten? | Ja [ ]  | Nein [ ]  |
| Das Gutachten beruht auf einer persönlichenUntersuchung der Patientin/des Patienten | Ja [ ]  | Nein [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Stempel und Unterschrift des Arztes |