|  |  |
| --- | --- |
| 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 persönlichen Untersuchung der Patientin/des Patienten | Ja | Nein |

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