

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in unsere stationäre Pflegeeinrichtung

1. Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Medizinisch-pflegerische Schwerpunkte: trifft zu

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Sondenernährung                         | <input type="checkbox"/> |
| Portversorgung                          | <input type="checkbox"/> |
| Chronische Wunden                       | <input type="checkbox"/> |
| Inkontinenz                             | <input type="checkbox"/> |
| Sauerstoffversorgung (mit Konzentrator) | <input type="checkbox"/> |
| Beatmungspflichtig                      | <input type="checkbox"/> |
| Suchterkrankung                         | <input type="checkbox"/> |
| Andere                                  | <input type="checkbox"/> |
| resistente Keime (MRSA, MRGN3, MRGN4)   | <input type="checkbox"/> |

3. Orientierung: ja teilweise nein

- |                       |                          |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich orientiert   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich orientiert    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| persönlich orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| situativ orientiert   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Mobilität:

- |                |                          |                          |                          |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehfähig       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhlmobil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bettlägerig    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

---

---

7. Ärztliche Diagnosen: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Medikation: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

9. Hinweise und Bemerkungen:

Diese Angaben beruhen auf einer persönlichen Untersuchung des Patienten.

.....  
Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Altenpflege-Wohnheim „Katharina von Bora“, Langewahler Str. 2, 15517 Fürstenwalde, Tel.: 03361 / 567-500