

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: _____
