Deutsches Rotes Kreuz

Pflegedienste Rhein-Sieg/Rhein-Berg gGmbH

DRK-Seniorenzentrum am Sonnenweg (IK 510539157)

Sonnenweg 2-4, 51688 Wipperfürth

Telefon: 02267-88270, Telefax: 02267-882750

Eingangsvermerk der Einrichtung:

**Ärztlicher Fragebogen**

(anlässlich der Anmeldung zum Einzug in eine stationäre Betreuungseinrichtung)

**Persönliche Daten**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Zuname des Patienten | Geburtsname |
| Geburtsdatum | Pflegegrad |

**Der/Die Patient/in benötigt Hilfe beim:**

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Gehen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Treppen steigen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Essen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Waschen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Ankleiden [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Frisieren/ Rasieren [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Aufstehen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Zu Bett gehen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Zur Toilette gehen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
Alltagsbetreuung-/gestaltung [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**Ist der/die Patient/in**

zeitlich desorientiert? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
örtlich desorientiert? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
persönlich desorientiert? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
situativ desorientiert? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
unruhig in der Nacht? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]
bettlägerig? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**Liegt Inkontinenz vor?**

Stuhlinkontinenz? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Harninkontinenz? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Wenn ja, in welcher Form? Stress [ ]  Drang [ ]  Reflex [ ]
 Überlauf [ ]  Nykturie [ ]  Extraurethale [ ]

Besteht ein Dekubitus? Ja [ ]  Nein [ ]
Wenn ja, wo? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Welche Hilfsmittel werden benötigt?**

Rollator [ ]  Antidekubitusmatratze [ ]
Rollstuhl [ ]  Hüftprotektoren [ ]
Toilettenstuhl [ ]  Steckbecken [ ]
Urinflasche [ ]  Sonstiges Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wie ist die Gemütsstimmung?**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht Suizidgefahr?** Ja [ ]  Nein [ ]

**Besteht eine Suchtkrankheit?** Ja [ ]  Nein [ ]
**Wenn ja, welche?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Liegen psychische Störungen vor?** Ja [ ]  Nein [ ]
**Wenn ja, welche?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht eine körperliche Behinderung?** Ja [ ]  Nein [ ]
**Wenn ja, welche?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Liegen Informationen zu Schmerzen vor?** Ja [ ]  Nein [ ]
**Schmerzlokalisation, Schmerzdiagnose** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Diagnosen** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht eine Sturzgefahr?** Ja [ ]  Nein [ ]
**Wenn ja, wann ist der Patient gestürzt?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Und warum?**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Welche Medikamente
müssen verabreicht werden?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht eine Infektionskrankheit?**
**Zum Beispiel: MRSA, TBC, ESBL, Hepatitis** Ja [ ]  Nein [ ]   **Wenn ja, welche?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ist Diät/ Schonkost erforderlich?** Ja [ ]  Nein [ ]
**Wenn ja, welcher Art?**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
**Mind. Trinkmenge?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht eine Allergie?** Ja [ ]  Nein [ ]

**Wenn ja, welcher Art?**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Sonstige Hinweise und Bemerkungen** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Vorschläge für sonstige Maßnahmen**
**wie zum Beispiel** Logopädie [ ]
 Ergotherapie [ ]
 Sonstiges [ ]
 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, DatumKlicken Sie hier.  | Stempel und Unterschrift des Arztes |