



METZGER
GUTJAHR
STIFTUNG E.V.

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme - Kurzzeitpflege

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Ärztinnen und Ärzte,
die Fragestellung dieses Fragebogens mag Ihnen teilweise ungewöhnlich oder zu ausführlich erscheinen. Wir benötigen die Antworten jedoch als Grundlage für eine Pflege bzw. Betreuung in der von uns angestrebten guten Qualität. Wir bitten deshalb um Verständnis und darum im Interesse Ihrer Patienten den Fragebogen möglichst vollständig zu bearbeiten.

Vielen Dank, Ihr Pflegeteam der Metzger-Gutjahr-Stiftung e.V., Emmendingen

Mobilisation:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> geht allein | <input type="checkbox"/> geht in Begleitung |
| <input type="checkbox"/> Treppen steigen allein | <input type="checkbox"/> Treppen steigen in Begleitung |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Hilfe |
| <input type="checkbox"/> benötigt folgende Gehhilfe:
..... | |
| <input type="checkbox"/> Bettlägerig | <input type="checkbox"/> |

Bitte beschreiben Sie die sich für den Heimaufenthalt ergebenden Probleme im Bereich der Mobilisation:

.....

.....

.....

Kontinenz:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> harninkontinent | <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent |
| <input type="checkbox"/> BDK | <input type="checkbox"/> suprapubischer DK |

Wie kann die Bewerberin / der Bewerber im Bereich der Kontinenz unterstützt werden, was sollte in Bezug auf Kontinenz beachtet werden?

Bisher verordnete Inkontinenzmittel:

.....

.....

.....

Metzger-Gutjahr-Straße 8
79312 Emmendingen
Vorstand: Michael Kreis
Aufsichtsratsvorsitz: Werner Schulz

Telefon 07641 581 -0
Telefax 07641 581 -100
info@metzger-gutjahr.de
www.metzger-gutjahr.de

Evangelische Bank
DE70 5206 0410 0000 5062 49
BIC: GENODEF1EK1
Registergericht Freiburg (VR 26002)

**Orientierung**

- örtlich** nicht bekannt zeitweise dauernd
 Weglaufgefahr

Wie wirkt sich die örtliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

- zeitlich** nicht bekannt zeitweise dauernd

Wie wirkt sich die zeitliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

- persönlich** nicht bekannt zeitweise dauernd

Wie wirkt sich die persönliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

Nachtruhe

- schläft durch steht in manchen Nächten auf kann nachts keine Ruhe finden

Was können wir tun, um die Nachtruhe zu unterstützen, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen, Schlafgewohnheiten:

Stimmung, Soziale Besonderheiten

Falls Besonderheiten vorliegen, beschreiben Sie diese bitte, insbesondere im Hinblick auf Verhalten im Umfeld, was sollten wir für unsere Arbeit berücksichtigen:

Wie reagiert Ihr Patient / Ihre Patientin auf Veränderungen im Bereich der Umwelt und der Familie:



Hilfebedarf wird notwendig in folgenden Bereichen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Körperpflege |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden | <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett |
| <input type="checkbox"/> Frisieren und Rasieren | <input type="checkbox"/> Lagern in der Nacht |
| <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette | |

Besondere Kostform notwendig:

Welche Medikamente sind derzeit verordnet:

Bitte lassen Sie uns einen ausgedruckten Medikamentenplan zukommen.

Anmerkungen und weitere wichtige Informationen:

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Stempel: