

## 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:

.....



**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:

---

---

---



**Sind Suchterkrankungen bekannt:**

- nicht bekannt       Ja, sie werden im Folgenden beschrieben, Empfehlung für den Umgang:

.....

.....

.....

**Hat Ihr/e Patient/in körperliche Behinderungen / Einschränkungen:**

- nicht bekannt       Ja, sie werden im Folgenden beschrieben und stellen sich so dar:

.....

.....

.....

**Leidet Ihr Patient unter psychiatrischen Erkrankungen bzw. Krankheitsfolgen?**

- nicht bekannt       Ja, sie werden im Folgenden beschrieben (incl. Diagnose), eine fachärztliche Weiterbehandlung wird empfohlen?

.....

.....

.....

**Liegen ansteckende Erkrankungen vor:**

- nicht bekannt       Ja, sie werden im Folgenden beschrieben:

.....

.....

.....

**Bitte berichten Sie uns von den Vorerkrankungen und Diagnosen Ihres Patienten und welche Konsequenzen sich daraus für den Aufenthalt in unserem Hause ergeben:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**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: