



An
 Altenheim St. Elisabeth e.V.
 - T A G E S P F L E G E -
 Karlsruher Str. 14
 68766 Hockenheim
 Tel. 06205 / 9404 - 0
 Fax 06205 / 9404 - 17

Eingangsvermerke

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Tagespflege

1. Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift:

2. Benötigt der / die Patient/in Hilfen beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen richten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von orthop. Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist der / die Patient/in zeitlich desorientiert?

örtlich desorientiert?

persönlich desorientiert?

situativ desorientiert?

4. Treten Unruhezustände auf?

5. Ist der / die Patient/in häufig bettlägerig?

6. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz?

Harninkontinenz?

(wenn ja, in welcher Form?) Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extraurethrale Inkontinenz

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

8. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?

9. Bestehen Allergien (wenn ja, welche)?

10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

11. Liegen geistig-seelische Erkrankungen vor (wenn ja, welcher Art)?

12. Bestehen ansteckende Krankheiten (bitte genau bezeichnen)?

TBC: Ja Nein **MRSA:** Ja Nein **Scabies:** Ja Nein

VRE: Ja Nein **Klostridien:** Ja Nein **ORSA:** Ja Nein

MRGN 3: Ja Nein **MRGN 4:** Ja Nein

Andere: _____

13. Besteht eine Weglauftendenz?

14. Diagnosen:

15. Welche Kostformen, Diäten sind erforderlich?

16. Welche Behandlungspflege ist erforderlich?

17. Welche Hilfsmittel sind erforderlich (z.B. Rollstuhl)?

18. Welche Arzneimittel werden regelmäßig eingenommen und in welcher Dosierung?

19. Pflegerelevante Auffälligkeiten

a) Kontrakturen Ja Nein Wenn ja, wo?

Wie behandelt?

b) Dekubitus Ja Nein Wenn ja, wo?

Seit wann? Grad des Dekubitus (Typ I-IV)

Aussehen

Wie pflegerisch behandelt?

20. Aktueller Impfstatus (bitte mit Impfdatum)

21. Bemerkungen?

_____ den _____ Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort