

# Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Um die individuellen Bedürfnisse Ihres Angehörigen, bzw. Patienten größtmöglich zu erfüllen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Wir bitten Sie deshalb, die Fragen des nachstehenden Anamnesebogens zu beantworten. Die Anamnese ist am Pflegemodell „AEDL – Aktivitäten und existentielle Erfahrung des Lebens“ nach Monika Krohwinkl orientiert, auf dem auch unser Pflegekonzept beruht.

**Nur vom derzeit behandelnden Arzt auszufüllen:**

<b>I. Persönliche Angaben</b>	Vor- und Zuname		Titel
	Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
<b>II. Adresse des Arztes bzw. des Krankenhauses</b>	Straße		
	PLZ / Ort	☒	
	Station	☒	
	Arzt	☒	
<b>1. Geistig-seelische Störung oder Behinderung</b> (zuständige Person bitte an erster Position)			
<b>2. Diagnosen</b>			
<b>3. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten</b> (auch TBC)			
<b>4. Betreuer und Bermerkung</b>	Ja, <input type="checkbox"/> warum?		nein <input type="checkbox"/>
<b>5. Hinweise und Bemerkungen</b>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Ort / Datum</span> <span>Unterschrift des Arztes</span> <span>Stempel</span> </div>			

**Bitte Rückseite beachten**

# Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Vom der(n) Pflegeperson(en) bitte ausfüllen:

	ja	nein	nähere Details
<b>6. Kommunikation</b>			
Selbstständige Kommunikationsverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschränkung der Sinnesorgane? (Welche, Hörgerät...?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. Bewegung</b>			
Selbstständige Bewegung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel zur Fortbewegung? (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Pflege</b>			
Selbstständige Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besondere Gewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Haut intakt (z.B. Allergien, Ekzeme, Wunden?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Essen und Trinken</b>			
Selbstständige Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel beim Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besondere Eß- Trinkgewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PEG-Sonde angelegt, oder geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Ankleiden</b>			
Selbstständiges Ankleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>11. Ausscheiden</b>			
Selbstständige Stuhlausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstständige Harnausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden Hilfsmittel benutzt? (z.B. Katheter, Einlagen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Besonderheiten? (z.B. Verstopfung, Stoma usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>12. Schlafgewohnheiten</b>			
Schlafstörungen? (Welche, wie oft, z.B. nächtliches Aufstehen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besondere Schlafgewohnheiten? (z.B. Mittagsschlaf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelmäßige Einnahme von Schlafmedikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>13. Umgebung</b>			
Besteht eine erhöhte Sturzgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeitlich, örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selbstständige Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weglaufgefährdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>14. Äußeres</b>			
Wertlegung auf gepflegtes äußeres Erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>15. Bisherige Lebensumstände</b>			
Lebte die Person bis zur Heimaufnahme allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>16. weitere wichtige Informationen</b>			
Ort / Datum		Unterschrift der Pflegeperson	