

Ärztlicher Fragebogen für den Einzug

(Bitte von Ihrem Hausarzt oder Stationsarzt in der Klinik ausfüllen lassen.)

1. Ihre Daten

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

2. Diagnose

Diagnose(n) zum Zeitpunkt der Begutachtung:

Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen - u.a. Bewegungsapparat, Sinnesorgane, Kreislauf:

Liegen psychische Störungen vor? ja nein

Liegen körperliche Behinderungen vor? ja nein

3. Benötigt der Patient Hilfe beim ...

	nein	gelegentlich	oft	dauernd
Gehen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren und Rasieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen aus dem Bett:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen der Toilette:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Bett gehen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen gehen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Ist der Patient ...

desorientiert: ja nein

zeitlich: gelegentlich oft dauernd

örtlich: gelegentlich oft dauernd

persönlich: gelegentlich oft dauernd

situativ: gelegentlich oft dauernd

bettlägerig: nein gelegentlich oft dauernd

nachts unruhig: nein gelegentlich oft dauernd

Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz: nein gelegentlich oft dauernd

Urininkontinenz: nein gelegentlich oft dauernd

Dauerkatheder: ja nein

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

freundlich kooperativ/offen unzufrieden/verdrießlich

Ist eine geschlossene Unterbringung notwendig? ja nein



Besteht eine Suchtkrankheit? ja nein

Bestehen ansteckende oder meldepflichtige Krankheiten (wie z.B. TBC)? ja nein

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Benötigt der Patient spezielle Kostformen (Diät/Schonkost)? ja nein

Wird der Patient künstlich ernährt?

Nein PEG-Sonde Nasensonde Trinknahrung

Liegt eine Pflegestufe bereits vor? 1 2 3 3H

Nein, Antrag gestellt am: _____

Höherstufung beantragt

5. Hinweise/Bemerkungen:

Diesem Gutachten liegt eine persönliche Untersuchung des Patienten zugrunde.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

