

Adolf-Hamburger Heim

Arno-Hamburger-Str.1
90411 Nürnberg
Tel. 0911 / 56 25 1 80
Fax.:0911 / 56 25 1 01



Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Name des Arztes: _____

Adresse des Arztes: _____

Telefon/Fax: _____

1. Name des Patienten: _____

2. Geburtsdatum: _____

3. Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

4. Pflegebedürftigkeit: gegeben nicht gegeben

festgestellter Pflegegrad ____ beantragt am _____

5. Patient ist/hat:

gehfähig	<input type="checkbox"/>	nicht gehfähig	<input type="checkbox"/>	
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	häufig bettlägerig	<input type="checkbox"/>	mobil <input type="checkbox"/>
harninkontinent	<input type="checkbox"/>	stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	
Anus praeter	<input type="checkbox"/>			
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Cystofix	<input type="checkbox"/>	
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	welcher Grad	_____	
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	
erkennt Personen	<input type="checkbox"/>	situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	
Unruhezustände:	nachts <input type="checkbox"/>	tagsüber <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>	

6. Gemütsstimmung: willig freundlich verdrießlich aggressiv

7. Allergien: _____

8. akt. Diagnosen: _____

9. Lähmung: rechts links

Versteifung: _____

Amputation: _____

Kontraktur: _____

10. Suchtkrankheiten: _____

11. akt. Medikation: _____

12. BTM: _____

13. Hilfsmittel: Stock/Krücken
Gehwagen
Rollstuhl
Toilettenstuhl
Pflegebett
Sonstiges: _____

14. Hilfe ist nötig: beim Essen bei Toilettengängen
bei der Körperpflege Sonstiges:
beim An-/Auskleiden _____

15. Patientenverfügung: vorhanden nicht vorhanden

16. letzte stationäre
Behandlung:

welches Krankenhaus

Datum

Grund

17. Beim Patienten sind unterbringungsähnliche Maßnahmen notwendig:

NEIN

JA

folgende Maßnahmen:

Bettgitter

Bauchgurt im Bett

Beckenfixierhose

Rollstuhlgurt

Therapietisch am Rollstuhl

Sonstige

18. Beim Patienten liegen zurzeit Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Krankheit (Norovirus, TBC, MRSA, Hepatitis usw.) vor.

NEIN

JA und zwar: _____

chronisch

akut

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift