

"Städtisches Pflegeheim Am Lutzepark"

Lange Straße 38
06366 Köthen

Tel.: 03496 - 50310
Fax: 03496 - 503023

sekretariat-lutzepark@t-online.de
www.Pflegeheim-Lutzepark.de

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Bitte erst bei bestätigter
Heimaufnahme ausfüllen!

Name	<input type="text"/>	Geburtsname:	<input type="text"/>																																																													
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>																																																													
Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nein</th> <th>gelegentlich</th> <th>häufig</th> <th>dauernd</th> <th></th> <th>nein</th> <th>gelegentlich</th> <th>häufig</th> <th>dauernd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Frisieren / Rasieren</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Treppen steigen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Aufstehen (aus dem Bett)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Essen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Zu Bett gehen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Waschen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Benutzen der Toilette</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ankleiden</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd	Gehen	<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"/>	Treppen steigen	<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"/>	Essen	<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"/>	Waschen	<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"/>	Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd																																																							
Gehen	<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"/>																																																							
Treppen steigen	<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"/>																																																							
Essen	<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"/>																																																							
Waschen	<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"/>																																																							
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
Ist der/die Patient/in	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nein</th> <th>gelegentlich</th> <th>häufig</th> <th>dauernd</th> <th></th> <th>nein</th> <th>gelegentlich</th> <th>häufig</th> <th>dauernd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>zeitlich desorientiert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Treten nachts Unruhezustände auf?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>örtlich desorientiert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ist der/die Patient/in bettlägerig?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>persönlich desorientiert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>situativ desorientiert</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd	zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd																																																							
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
Liegt Inkontinenz vor?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nein</th> <th>gelegentlich</th> <th>häufig</th> <th>dauernd</th> <th></th> <th>nein</th> <th>gelegentlich</th> <th>häufig</th> <th>dauernd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Stuhlinkontinenz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Harninkontinenz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wenn ja, in welcher Form?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Reflexinkontinenz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Überlaufinkontinenz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>extraurethraleinkontinenz</td> </tr> </tbody> </table>					nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Wenn ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethraleinkontinenz																		
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd																																																							
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
Wenn ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethraleinkontinenz																																																					
Wie ist die Gemütsstimmung, die seelische Verfassung?	<input type="text"/>																																																															
Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja, welche?	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welcher Art?	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art?	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? Bitte genau bezeichnen!	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?	ja	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													
	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																													

<p>Welche Informationen zu Schmerzen liegen vor? (Schmerzdiagnose, Schmerzlokalisierung)</p>	
<p>Diagnosen</p>	
<p>Welche Medikamente müssen eingenommen bzw. verabreicht werden?</p>	
<p>Liegen Informationen zu MRSA oder anderen Keimen vor? Wenn ja, welche Keime, welche Maßnahmen?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Ist Schonkost bzw. Diät erforderlich? Wenn ja, welcher Art?</p>	<p>ja <input type="checkbox"/></p> <p>nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Weitere Hinweise und Bemerkungen</p>	
<p>Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.</p> <p>Ort, Datum <input type="text"/></p> <p>Stempel und Unterschrift des Arztes <input type="text"/></p>	