

## Fragebogen für den Arzt

### Bewohnerdaten

<b>Vorname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Nachname</b>		<b>Krankenkasse</b>	
<b>Adresse</b> <small>(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</small>			
<b>Größe</b>		<b>Gewicht</b>	

### Feststellungen über die Art & Umfang der notwendigen und geleisteten Hilfe einschließlich aktivierender Pflege

	gelegentlich oder geringfügig	ständig oder umfassend
<b>An- und Auskleiden</b>		
<b>Körperreinigung und -pflege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waschen</li> <li>• Baden, Duschen</li> <li>• Frisieren</li> <li>• Rasieren</li> <li>• Haare waschen</li> <li>• Mund- und Zahnpflege</li> <li>• Nagelpflege</li> <li>• Sonstiges: _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>	
<b>Mahlzeiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfe beim Essen</li> <li>• Hilfe beim Trinken</li> <li>• Mundgerechte Vorbereitung</li> <li>• Sonstiges: _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>	
<b>Benutzung der Toilette Inkontinenzversorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benutzung der Toilette</li> <li>• Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne, Nachtstuhl, Urinflasche)</li> <li>• Sauberhalten bei Inkontinenz</li> <li>• Sonstiges: _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul>	

## Feststellungen über die Art & Umfang der notwendigen und geleisteten Hilfe einschließlich aktivierender Pflege

	gelegentlich oder geringfügig	ständig oder umfassend		
<b>Ausführen ärztlicher Verordnungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verabreichung von lebensnotwendigen Medikamenten/Spritzen</li> <li>• Einwirken auf die Einnahme lebensnotwendiger Medikamente</li> <li>• Wundpflege</li> <li>• Sonstiges: _____</li> </ul>				
<b>Mobilität</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfestellung beim Gehen</li> <li>• Hilfestellung bei Benutzung eines Rollstuhls</li> <li>• Sonstiges: _____</li> </ul>				
<b>Notwendigkeit, den Heimsuchenden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur selbständigen Erledigung _____</li> <li>• persönlicher Verrichtungen _____</li> <li>• des täglichen Lebens zu motivieren _____</li> <li>• und anzuleiten _____</li> </ul>				
<b>Notwendigkeit der Aufsicht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neigt zum Weglaufen</li> <li>• neigt zum Zerstören</li> <li>• nicht orientiert</li> <li>• gefährdet sich selbst und andere</li> <li>• Sonstiges: _____</li> </ul>	morgens	mittags	abends	nachts
<b>Weitere Feststellungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geh- &amp; stehunfähig aber nicht ständig bettlägerig</li> <li>• tagsüber bettlägerig?</li> <li>• ist dauernde Nachtwache erforderlich?</li> <li>• Wird die notwendige Hilfe von anderen Heimbewohnern geleistet?</li> <li>• Dauer der Hilflosigkeit</li> <li>• Unterbringung</li> </ul>	nein	ja	überwiegend	ständig
			vorübergehend	ständig
			Einzelzimmer	Doppelzimmer

## Feststellungen des Arztes über Art, Umfang und Auswirkungen der Behinderung / des Leidens

### Befund

(möglichst deutsche Bezeichnungen verwenden)

• **ansteckende Infektiöse Krankheiten** (HIV, Hepatitis usw.)

nein

ja


### Funktionelle Einbußen

(liegen insbesondere noch weitere als die o.a. bisher genannten Auswirkungen der Behinderung / des Leidens vor?)

• **im körperlichen Bereich**


• **im geistig-seelischen Bereich** (z.B. depressiv, verstimmt, weinerlich, aggressiv, unberechenbar, motorisch unruhig)


### Vorschlag für sonstige Maßnahmen / Hilfsmittel


### Ist eine Änderung des Zustandes zu erwarten und daher eine Nachuntersuchung erforderlich?

Ja

Nein

Bitte Termin nennen:

--

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes