

Fragebogen für den Arzt

Bewohnerdaten

Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
Adresse <small>(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</small>	<input type="text"/>		
Größe	<input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/>

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

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

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

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

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

Befund (z.B. ansteckende Infektiöse Krankheiten (HIV, Hepatitis usw.)
(möglichst deutsche Bezeichnungen verwenden)

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