Deutsches Rotes Kreuz

Pflegedienste Rhein-Sieg/Rhein-Berg gGmbH

DRK-Seniorenzentrum am Sonnenweg (IK 510539157)

Sonnenweg 2-4, 51688 Wipperfürth

Telefon: 02267-88270, Telefax: 02267-882750

Eingangsvermerk der Einrichtung:

**Ärztlicher Fragebogen**

(anlässlich der Anmeldung zum Einzug in eine stationäre Betreuungseinrichtung)

**Persönliche Daten**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Zuname des Patienten | Geburtsname |
| Geburtsdatum | Pflegegrad |

**Der/Die Patient/in benötigt Hilfe beim:**

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Gehen      
Treppen steigen      
Essen      
Waschen      
Ankleiden      
Frisieren/ Rasieren      
Aufstehen      
Zu Bett gehen      
Zur Toilette gehen      
Alltagsbetreuung-/gestaltung

**Ist der/die Patient/in**

zeitlich desorientiert?      
örtlich desorientiert?      
persönlich desorientiert?      
situativ desorientiert?      
unruhig in der Nacht?      
bettlägerig?

**Liegt Inkontinenz vor?**

Stuhlinkontinenz?     Harninkontinenz?      
  
Wenn ja, in welcher Form? Stress  Drang  Reflex   
 Überlauf  Nykturie  Extraurethale

Besteht ein Dekubitus? Ja  Nein    
Wenn ja, wo? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Welche Hilfsmittel werden benötigt?**

Rollator  Antidekubitusmatratze   
Rollstuhl  Hüftprotektoren   
Toilettenstuhl  Steckbecken   
Urinflasche  Sonstiges Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wie ist die Gemütsstimmung?**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht Suizidgefahr?** Ja  Nein

**Besteht eine Suchtkrankheit?** Ja  Nein    
**Wenn ja, welche?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Liegen psychische Störungen vor?** Ja  Nein    
**Wenn ja, welche?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht eine körperliche Behinderung?** Ja  Nein    
**Wenn ja, welche?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Liegen Informationen zu Schmerzen vor?** Ja  Nein   
**Schmerzlokalisation, Schmerzdiagnose** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Diagnosen** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht eine Sturzgefahr?** Ja  Nein    
**Wenn ja, wann ist der Patient gestürzt?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Und warum?**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Welche Medikamente   
müssen verabreicht werden?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht eine Infektionskrankheit?**   
**Zum Beispiel: MRSA, TBC, ESBL, Hepatitis** Ja  Nein   **Wenn ja, welche?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ist Diät/ Schonkost erforderlich?** Ja  Nein    
**Wenn ja, welcher Art?**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.   
**Mind. Trinkmenge?** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besteht eine Allergie?** Ja  Nein

**Wenn ja, welcher Art?**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Sonstige Hinweise und Bemerkungen** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Vorschläge für sonstige Maßnahmen**  
**wie zum Beispiel** Logopädie    
 Ergotherapie    
 Sonstiges    
 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum  Klicken Sie hier. | Stempel und Unterschrift des Arztes |