



## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN ZUR HEIMAUFNAHME

Bitte vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen und ggf. im verschlossenen Umschlag übergeben.

VOR- UND  
ZUNAME

GEBURTS  
DATUM

BESTEHENDE  
DIAGNOSE

BENÖTIGT DER PATIENT HILFE BEIM	GEHEN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	MIT ROLLATOR	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	BETT- LÄGRIG
	TREPPENSTEIGEN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	ESSEN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	WASCHEN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	ANKLEIDEN / FRISIEREN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	AUFSTEHEN / ZUBETTGEHEN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	TOILETTENGANG	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		

IST DER PATIENT DESORIENTIERT	PERSÖNLICH	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	ZEITLICH	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	ÖRTLICH	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	SITUATIV	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	NACHTAKTIV	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	BESTEHT WEGLAUFTENDENZ	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		

LIEGT INKONTINENZ VOR	HARNINKONTINENZ	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		
	STUHLINKONTINENZ	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL		

IST DER PATIENT KOOPERATIONSBEREIT  JA  NEIN  MANCHMAL

WIE IST DER ERNÄHRUNGSZUSTAND

IST DIÄT / SCHONKOST ERFORDERLICH  NEIN  JA  
WENN JA, WELCHE



**MUSS AUF AUSREICHEND**

**FLÜSSIGKEITZUFUHR**

**GEACHTET WERDEN**

WENN JA, WELCHE MENGEN

WAS IST ZU BERÜCKSICHTIGEN

---

---

**GIBT ES BEEINTRÄCHTIGUNGEN**

SCHLUCKSTÖRUNGEN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL
BEWUSSTSEINSTRÜBUNG	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL
NAHRUNGSVERWEIGERUNG	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	MANCHMAL

**WIE IST DIE GEMÜTSSTIMMUNG**

---

---

**BESTEHT EINE SUCHTERKRANKUNG**

NEIN  WENN JA, WELCHE

**VERHALTENAUFFÄLLIGKEITEN**

FREMDGEFÄHRDUNG	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	WENN JA, WELCHE
SELBSTGEFÄHRDUNG	<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	WENN JA, WELCHE

**PFLEGERELEVANTE RISIKOFAKTOREN**

<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	DK / PUFU
<input type="checkbox"/>	DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/>	WACHKOMA
<input type="checkbox"/>	KONTRAKTUREN	<input type="checkbox"/>	TRACHEOSTOMA
<input type="checkbox"/>	ADIPOSITAS	<input type="checkbox"/>	STURZGEFAHR
<input type="checkbox"/>	FLÜSSIGKEITSDEFIZIT	<input type="checkbox"/>	MRSA
<input type="checkbox"/>	ERNÄHRUNGSDEFIZIT	<input type="checkbox"/>	DEKUBITUS GEFAHR
<input type="checkbox"/>	WUNDEN	<input type="checkbox"/>	DEKUBITUS GRAD
<input type="checkbox"/>	SONSTIGE		

**WARUM WIRD EINE  
STATIONÄRE PFLEGE  
FÜR NOTWENDIG ERACHTET**

---

---

**HINWEISE / BEMERKUNGEN**

---

---

---

---

STEMPEL

UNTERSCHRIFT ARZT

DATUM