

Diakonieverein Werratal e.V.
98617 Meiningen/ OT Walldorf,
Fritz-Aßmus-Straße 22
03693/831-0, Fax: 03693/831-711
sozialdienst@werra-aue.de

Ärztlicher Fragebogen
zur Heimanmeldung/Anmeldung zur Kurzzeitpflege im Altenpflegezentrum „Werra-Aue“

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Hauptdiagnosen:
.....
.....
.....

Weitere Diagnosen:
.....
.....

Suchtkrankheiten: nein ja, welche

Letzte stationäre Behandlung: Akutkrankenhaus Psychiatrie
Datum: Ort: Grund:

Regelmedikation:

Medikament	früh	vormittags	mittags	abends	zur Nacht

Bedarfsmedikation:

Medikament	Indikation	Einzel-dosis	Maximale Dosis in 24 h

Wunden: nein ja, wo?

Allergien/Unverträglichkeiten:
.....
.....

Ansteckende Krankheiten:
(evtl. Trägerstatus HBV, MRSA, ORSA, VRE, ESBL, Clostridiumdiff., Skabies...)

- Liegen ansteckende Krankheiten vor? nein ja, welche
- Ist zur Zeit oder aus der Vergangenheit TBC bekannt? nein ja

Pflegeanamnese

Mobilität

- gehfähig gehfähig mit Hilfsmittel,.....
- nicht gehfähig häufig bettlägerig ständig bettlägerig
- Sturzrisiko Kontrakturen/Lähmungen, wo

Vorhandene Hilfsmittel:

Körperpflege

- ohne Hilfe Anleitung/Beaufsichtigung Teilhilfe vollständige Übernahme

Ernährung

- ohne Hilfe Bereitstellen mundgerechte Zubereitung regelmäßige Aufforderung
- Essen/Trinken reichen Schluckstörung Aspirationsgefahr Ernährung über Sonde
- Gewicht: Größe:..... Gewichtsverlust/- zunahme im letzten ¼ Jahr

Ausscheiden

- Kontinenz Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Hilfe beim Benutzen der Toilette
- Harnableitungen: Hilfsmittel:

Kommunikation

- Sprachstörung Hörbehinderung Visusminderung

Orientierung

	vorhanden	fehlt teilweise	fehlt dauernd
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychischer Zustand:

- unauffällig
- chronische Schmerzen
- Desorientierung
- mit ruhigem Verhalten mit unruhigem Verhalten
- mit Hinlauftendenz mit Tendenz zur Aggression
- mit Störung des Wach-/Schlafrythmus mit
- paranoid
- depressiv-passives Verhalten
- depressiv-manisches Verhalten
- suizidgefährdet
-

Selbst- und Fremdgefährdung?

- nein ja, welche

Freiheitsentziehende Maßnahmen?

- nein ja, welche

Ist der Patient in der offenen Altenpflege zu betreuen?

- nein ja

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arzte