

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

Pflegeresidenz Leverkusen GmbH - Wiesdorfer Platz 8 - 51373 Leverkusen - Fax-Nr. 0214-8328-200

Vom Arzt auszufüllen

Bewohner: _____

Geburtsdatum: _____

Größe, ca.: _____ m Gewicht, ca.: _____ kg

Behandelnder Arzt:

Adresse:

Telefonnummer: Fax-Nr.:

Weiterbehandlung in der Pflegeresidenz Leverkusen möglich ? Ja Nein

1. Diagnosen:

2. Sonstiges ? (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten): Ja Nein

3. Medikamente:

Einnahme allein/selbstständig unter Aufsicht verabreichen

4. Diät / Besondere Kostform:

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

5. Täglicher Flüssigkeitsbedarf in ml: _____

Inkl. Kaffee	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schluckstörungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
PEG seit:	_____	
Sondenkost/ Name:	ml/h:	Gesamt: Wasser/Tee:

6. Ausscheidung

Urininkontinenz:
Katheter: letzter Katheter Wechsel:
Stuhlinkontinenz:
Neigt zur Obstipation? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Neigt zum Durchfall? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

7. Bewegung:

Gehhilfen: Rollstuhl Gehstock
 Rollator bettlägerig

Gangstörungen Ja Nein

Folgende Lagerung ist notwendig:

Weichlagerung Ja Nein

8. Kommunikation und Bewusstseinslage:

Orientierung:

zeitlich: Ja Nein Örtlich: Ja Nein

zur Person: Ja Nein situativ: Ja Nein

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Weglauftendenzen, langdauerndes Schreien, Abwehrverhalten etc.):

Selbstgefährdung: Ja Nein Fremdgefährdung: Ja Nein

9. Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen :

Atmung : normal Tachypnoe Dyspnoe

Blutdruck : normal Hypertonie Hypotonie

Puls : normal Arrhythmie Extrasystolen

Tachykardie Bradykardie

Herzschrittmacher: Ja Nein letzte Kontrolle am: _____

10. Schmerzen:

11. Wunden/ Dekubitus:

12. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? Ja Nein
(Bitte genau bezeichnen):

Liegt ein ärztliches Zeugnis nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?

Ja Nein

Der Bewohner ist frei von ansteckenden Krankheiten

Es liegt kein MRSA vor. Es liegt MRSA vor. Wo: _____

Sonstiges:

Datum

Stempel/Unterschrift Arzt