

ERNST UND CLAERE JUNG STIFTUNG

Emkendorfstr. 49, 22605 Hamburg, Telefon: 040 / 880 10 36, Fax: 040 / 889 186 66

Ärztlicher Fragebogen / Pflegeüberleitungsbogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name: _____

Geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon – Nr.: _____

Patient lebt allein bei Angehörigen bereits im Heim

Kontaktperson / Zugehörigkeit: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Rezeptgebührenbefreiung: ja nein

Diagnose (einschl. Suchterkrankungen): _____

Medikamentenverordnung: _____

Speise-Vorschriften / -Empfehlungen (ggf. Attest beifügen): _____

Psychischer Zustand:

ohne Besonderheiten

Desorientiertheit

zeitlich gelegentlich häufig dauernd

örtlich

persönlich

situativ

Verwirrtheit / Unruhe

gelegentlich häufig dauernd

eher am Tage eher in der Nacht

Apathie / Antriebslosigkeit

Sonstiges: _____

ERNST UND CLAERE JUNG STIFTUNG

Emkendorfstr. 49, 22605 Hamburg, Telefon: 040 / 880 10 36, Fax: 040 / 889 186 66

Physischer Zustand:

- Sturzrisiko** gering hoch sehr hoch
 Bettlägerigkeit selten häufig Überwiegend ständig
 Dekubitusgefahr gering hoch sehr hoch
 Dekubitalgeschwüre: Lokalisation: _____ Größe: _____
 Urininkontinenz Stuhlinkontinenz
 Paresen / Lähmungen: welche? _____
 Sprachstörungen: welcher Art? _____
 Schluckstörung: Ursache? _____
 Sonstiges: _____
 ansteckende Krankheiten (z.B. TBC): _____
MRSA ja nein **ORSA** ja nein

Hilfe nötig bei:

- Gehen auf ebenem Boden
 Treppensteigen
 Aufstehen / Zubettgehen
 An- / Auskleiden
 Waschen / Duschen / Baden
 Zahnpflege
 Haarpflege / Rasieren
 Nagelpflege
 Zubereitung von Mahlzeiten

 Einnahme von Mahlzeiten
 Benutzung des WC
 hauswirtschaftlichen Verrichtungen

Vorhandene Hilfsmittel:

- Stützstrümpfe
 Gehhilfe
 Rollstuhl
 Zahnprothese
 andere Prothese _____
 Hörgerät
 rechts
 links
 Weitere benötigte Hilfsmittel:

Erforderliche Pflegemaßnahmen:

- Dauerkatheter (Art) : _____
 zuletzt gewechselt am: _____
 entfernt am: _____
 Mobilisation
 Anuspraeterversorgung
 Hautpflege / Einreibungen
 Verbände / Wundpflege
 Injektionen
 Medikamentenversorgung
 Inhalationen
 Prophylaxen
 Dekubitus Intertrigo Pneumonie Soor- / Parotitis
 Thrombose Kontraktur Obstipation
 Sonstige: _____
 Psychosoziale Betreuung
 Sonstiges: _____

Bescheinigung der Heimpflegebedürftigkeit:

Die Aufnahme in die stationäre Einrichtung ist aus

- körperlichen geistig-seelischen Gründen notwendig.

Dieses Gutachten basiert auf einer persönlichen Untersuchung des aufzunehmenden Patienten am _____.

Ort: _____

Datum: _____

Stempel / Unterschrift des Arztes