



marienhospital
SENIORENPFLEGEZENTRUM

Marienhospital
Seniorenpflegezentrum GmbH

Telefon 09131/802-0 · Telefax 09131/802-200
verwaltung@marienhospital-erlangen.de
www.marienhospital-erlangen.de

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. **Name, Vorname:** _____
geb. am: _____

2. **Medizinische Diagnosen:** _____

3. **Allergien / Unverträglichkeiten:** _____

4. **Krankheitsbedingte Besonderheiten:**
 Heparin Herzschrittmacher
 Marcumar _____

5. **Vorhandene Wunden/Dekubitus, wie versorgt?** _____

6. **Nachweis gemäß § 36 Abs. 4 IfSG (Infektionsschutzgesetz)**
 Bei dem Bewohner sind keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose oder einer anderen ansteckenden Krankheit vorhanden.

7. **Suchtkrankheiten:** nein ja, welche: _____

8. **Körperl. Behinderung:** nein ja, welche: _____

9. **Wie ist die Gemütsverfassung/seelische Stimmung:** _____

10. **Hilfsbedürftigkeit beim:**

| (bitte ankreuzen) | nein | gelegentlich | häufig | dauernd |
|------------------------|------|--------------|--------|---------|
| Gehen | | | | |
| Treppensteigen | | | | |
| Aufstehen aus dem Bett | | | | |
| Zubettgehen | | | | |
| An-/Auskleiden | | | | |
| Waschen | | | | |
| Frisieren/Rasieren | | | | |
| Essen | | | | |
| Benutzung der Toilette | | | | |



Gesellschafter
Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH
Rathsberger Str. 57 - 91054 Erlangen



pCC-zertifiziert nach DiCV QuM
Siegel-Registrier-Nr.: 0007 QuM



HRB 11683, Registergericht Fürth,
Sitz 91054 Erlangen

Geschäftsführer: Dipl.-Betriebswirt (FH) Günther Brütting
Vorsitzende des Aufsichtsrates: Schw. M. Christine Köberlein

11. Ist der/die Bewohner/in bettlägerig? häufig ständig

12. Ist der/die Bewohner/in sturzgefährdet? nein ja

13. Liegt Inkontinenz vor?

| (bitte ankreuzen) | nein | gelegentlich | häufig | dauernd |
|-------------------|------|--------------|--------|---------|
| Stuhlinkontinenz | | | | |
| Harninkontinenz | | | | |

14. Ist der/die Bewohner/in desorientiert?

| (bitte ankreuzen) | nein | gelegentlich | häufig | dauernd |
|-------------------|------|--------------|--------|---------|
| örtlich | | | | |
| zeitlich | | | | |
| persönlich | | | | |
| situativ | | | | |

Besteht Weglaufgefahr? nein ja

Ist eine Fixierung notwendig? nein ja

richterlicher Beschluss vorhanden: nein ja

seit: _____

15. Treten nachts Unruhezustände auf? nein gelegentlich häufig dauernd

16. Größe: _____ Gewicht: _____

17. Ernährungszustand: BMI: _____

übergewichtig gut Risikobereich zum Untergewicht untergewichtig

18. Diät / Schonkost erforderlich: nein ja, welche: _____

19. Der/Die Bewohner/in ist versorgt mit (bitte ankreuzen):

Sonden: Magensonde PEG-Sonde PEJ-Sonde

Sondenernährung: vollständig teilweise

zusätzlich möglich: Nahrung Flüssigkeit

Applikation: per Pumpe per Schwerkraft per Bolus

Tracheostoma

suprapubischem Katheter, gelegt am: _____ durch: _____

transurethralem Katheter: Silikon Latex CH: _____

gelegt am: _____ Wechsel fällig am: _____

Inkontinenzprodukten: _____

Anus praeter: _____

Prothesen: _____

Hilfsmitteln: _____

Sonstigem: _____

20. Medikamente, die regelmäßig verabreicht werden müssen:

Abkürzungen der Verabreichungsform in der Spalte Form
Br = Brausetablette / **D** = Dragée / **Da** = Dosieraerosol / **G** = Gel / **Kps** = Kapsel / **Kt** = Kautablette /
Lsg = Lösung (ml) / **Pa** = Paste / **Pu** = Puder / **Sa** = Saft (ml) / **Tbl** = Tabletten / **Tr** = Tropfen (Anz.) / **Z** = Zäpfchen

| Medikamentenname/Wirkstoff: | Form: | früh: | mittags: | abends: | nachts: |
|-----------------------------|-------|-------|----------|---------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

21. Bedarfsmedikation:

| Medikamentenname/Wirkstoff: | Form: | Einzeldosis: | Max. Dosis/24 Std. |
|-----------------------------|-------|--------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

22. Hat der Bewohner chronische Schmerzen? nein ja

23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

24. Bisheriger ambulanter Pflegedienst (Bitte Adresse und Ansprechpartner angeben!):

25. Pflegeeinstufung:

Einstufung bereits beantragt: nein ja,

wann: _____

bei Pflegekasse: _____

bisher anerkannte Pflegestufe: I II III keine Pflegebedürftigkeit

Bei einem vorherigen Aufenthalt in einem Krankenhaus ist der Pflegeverlegungsbericht erforderlich!

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift des Arztes