





Stiftung St. Zeno Altenheim St. Elisabeth Schliersee-Neuhaus  <b>Pflege</b>	<b>Prozess-Standard</b> <b>Einzug neuer Heimbewohner</b> <b>Ärztlicher Fragebogen 1.3</b> <b>PS 10e</b>	
	Name: _____ geboren am: _____	

*Wir bitten um vollständige Beantwortung aller Fragen; Zutreffendes ankreuzen!*

1. Ist der/die Patient/in gehfähig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2. Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
3. Ist der/die Patient/in häufig bettlägerig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
4. Besteht dauerhaft Bettlägerigkeit ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
5. Beherrschung des Stuhlabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
6. Beherrschung des Harnabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
7. Ist der/die Patient/in fremder Hilfe bedürftig ?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei der Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim zu Bett gehen <input type="checkbox"/> beim Waschen		
8. Ist der/die Patient/in desorientiert ?	<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> personal	<input type="checkbox"/> situativ
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Weglauftendenz</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	
<b>10. beatmete Person</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>11. (auto-)aggressives Verhalten</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	
12. Besonderheiten z.B: FeM, i.V. Port, ..	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:		
13. Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:		
14. Ist der/die Patient/in körper-und/oder sinnesbehindert, wenn ja, welcher Art?				
15. Liegen geistig-seelische Störungen vor, wenn ja, welcher Art?				
16. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>				
Liegt eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> (siehe § 48 a (2) Bundes-Seuchengesetz)				
17. Diagnose:				
18. Einschätzung der Pflegebedürftigkeit:				
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad				
19. Wichtige Hinweise und Bemerkungen der/des Ärztin/Arztes:				

Ort, Datum:.....

Unterschrift/ Stempel:.....

**Kommunikation**  
 08026 / 97 57-0 Fax 08026 / 97 57 25  
 Bayrischzeller Str. 3 / 83727 Schliersee  
 [info@st-zeno-schliersee.de](mailto:info@st-zeno-schliersee.de)