

# Ärztlicher Fragebogen

(Für die Ausfüllung des Fragebogens kann ein Kostenbeitrag eingehoben werden.  
Unverbindliche Empfehlung des Vertreters der Ärzte des Bezirkes Grieskirchen:  
Bei Rezeptgebührenbefreiung kein Kostenbeitrag ansonsten 10 Euro mangels Leistung der Kassen)

## Ergänzende Informationen zum Pflegebedarfserhebungsbogen

Name:		geb. am:	
Verständigung:			
<input type="checkbox"/> schwerhörig	<input type="checkbox"/> taub	<input type="checkbox"/> Hörgerät (R.u/od.L)	<input type="checkbox"/> nicht beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> geringes Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Brillenträger	<input type="checkbox"/> nicht beeinträchtigt
Essen und Trinken :			
<input type="checkbox"/> Sondenernährung erforderlich	<input type="checkbox"/> Diätkost erforderlich - welche? .....		<input type="checkbox"/> breiige Zubereitung erforderlich
Ausscheidung:			
<input type="checkbox"/> Harnkatheter, welcher ? .....		<input type="checkbox"/> Stuhlprobleme, welche? .....	
Suchtprobleme:			
Medikamente	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, welche ?	.....		
Medikamentenunverträglichkeit:	<input type="checkbox"/> ja, welche? .....		<input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Spritzen:	<input type="checkbox"/> ja, welche ? .....		<input type="checkbox"/> nein
Allergien:	<input type="checkbox"/> ja, welche? .....		<input type="checkbox"/> nein
Antikoagulation:	<input type="checkbox"/> ja, welche? .....		<input type="checkbox"/> nein
Implantate:	<input type="checkbox"/> ja, welche? .....		<input type="checkbox"/> nein
Hautbeschaffenheit:			
<input type="checkbox"/> Exantheme	<input type="checkbox"/> Intertrigo	<input type="checkbox"/> Pilzerkrankung	<input type="checkbox"/> Geschwüre
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja, welche: .....		<input type="checkbox"/> nein
Ärztliche Diagnosen:			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

**Bitte beachten:** Eine umfassende und bedürfnisbezogene Leistungsbereitstellung hat im Bedarfsfall auch Hilfestellungen zur Abwendung von Fremd- oder Selbstgefährdungen zu beinhalten! Wenn Ihnen ein derartiges Gefährdungspotenzial (nach Heimaufenthaltsgesetz) bekannt ist, ersuchen wir um Beantwortung der nachstehenden Fragen!

1. Besteht derzeit oder bestand im letzten Jahr eine Freiheitsbeschränkung (FB) im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG)

O ja, welche: O nein

Pflegerisch:.....

Medikamentös:.....

2. Wenn ja, bitte Gefährdungspotenzial beschreiben (Prognose zu gegenwärtigem Zustandsbild und Entwicklung):

3. Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes vor dem beabsichtigten Heimeinzug\*:

- a.)  Angeordnete FB endet mit dem Tag der Entlassung, da keine Selbst- od. Fremdgefährdung mehr vorliegt
- b.)  Angeordnete FB endet mit dem Tag der Entlassung, die Gefahrenprognose fordert eine neuerliche Anordnung\*
- c.)  Länger andauerndes Gefährdungspotenzial mit chronischer Symptomatik\*

\* wenn 3b oder 3c zutrifft, bitte im Pkt. 2 Gefährdungspotenzial samt Gefahrenprognose beschreiben!

Medikation zum Zeitpunkt der Heimaufnahme:

Bezeichnung:

Anwendung:

Bezeichnung:	Anwendung:

Ort, Datum

Stempel u. Unterschrift

\* Nichtzutreffendes bitte streichen !

