

Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme im Haus der Diakonie, Weidenstr. 3, 94469 Deggendorf

Tel.0991/3612-0, Fax.0991/3612-199, E-Mail: heimleitung@diakonie-deggendorf.de

Bitte alle Fragen vollständig beantworten! Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben.

Vor- und Zuname _____ **Geboren am:** _____

- Ist der Patient gehfähig? ja nein
- Treppensteigen möglich? ja nein
- Ist Patient bettlägerig? ja nein
- Beherrschung des Stuhlabgangs ja nein
- Beherrschung des Urinabgangs ja nein
- Fremder Hilfe bedürftig?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> beim Essen | <input type="checkbox"/> beim Waschen |
| <input type="checkbox"/> beim Ankleiden | <input type="checkbox"/> beim Frisieren, Rasieren |
| <input type="checkbox"/> beim Zähneputzen | <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe |
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen a. d. Bett | <input type="checkbox"/> beim Zubettgehen |
| <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> bei _____ |
- Örtlich orientiert? ja nein nicht immer Weglauftendenzen
- Zeitlich und zur Person orientiert? ja nein nicht immer
- Nachts ruhig? ja nein nicht immer
- Gemütsstimmung aggressiv freundlich depressiv
- Gefährliche Eigenschaften? ja, welche? nein
-

Suchtkrankheit? ja, welche? nein

.....

Welche körperlichen, geistigen, psych. u./o. mehrfachen Behinderung bestehen

.....

Diagnose/n:

Allergie:

- Vollstationäre Pflege ist erforderlich weil,
- Pflegeperson fehlt
 - drohende o. bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson existiert
 - drohende o. bereits eingetretene Verwahrlosung vorliegt
 - Selbst- und/oder Fremdgefährdungstendenzen bestehen
 - räumliche Gegebenheiten Pflege zu Hause nicht zulassen

Kosten für dieses Attest werden vom Haus der Diakonie **nicht** übernommen.

Hinweis und Bemerkungen des Arztes:

Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (§ 36 Abs. 4 IfSG)? ja nein

MRSA bekannt ja nein

Vom Medizinischen Dienst festgestellte Pflegestufe 1 2 3 nicht bekannt

....., den

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin