



Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme im Haus der Diakonie, Kaiser-Heinrich-Str. 7, 94526 Metten

Tel.0991/270 33-0, Fax.0991/270 33-33, E-Mail: eichenhain@diakonie-deggendorf.de)

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

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

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