

Ärztlicher Fragebogen (anlässlich des Aufnahmeantrages für eine Pflegeeinrichtung)

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Bestehende Krankheiten, Diagnosen (Ausführungen Seite 2):

Allergien:

Der/die Aufzunehmende ist frei von Infektionskrankheiten:

Z.B. ESBL, TBC, MRSA, Skabies und andere Keimerkrankungen: ja nein

Wenn Nein, welche und Ausprägung:

Eine entsprechende Untersuchung ist vorgenommen worden: ja nein

Unterbringung im Einzelzimmer erforderlich: ja nein

Auswirkungen der Behinderung, Leiden und Krankheiten:

Gehunfähig ja zeitweise nein

Gehfähig mit Hilfsmittel ja zeitweise nein

Gehfähig mit Begleitung ja zeitweise nein

Bettlägerigkeit ja zeitweise nein

Urininkontinent ja zeitweise nein

Stuhlinkontinent ja zeitweise nein

Sehbehinderung ja zeitweise nein

Hörbehinderung ja zeitweise nein

Sprachbehinderung ja zeitweise nein

Zeitliche Desorientierung ja zeitweise nein

Örtliche Desorientierung ja zeitweise nein

Personelle Desorientierung ja zeitweise nein

Motorische Unruhe (z.B. Wandertrieb) ja zeitweise nein

Wahnvorstellungen (bitte auf Seite 2 ausführen) ja zeitweise nein

Suchtkrankheiten (bitte auf Seite 2 ausführen) ja zeitweise nein

Im Einzelnen sind folgende Hilfen erforderlich:

Beim Waschen ja zeitweise nein

Beim Essen ja zeitweise nein

Beim An- und Auskleiden ja zeitweise nein

Bei der Einnahme von Medikamenten ja zeitweise nein

Beim Frisieren/Rasieren ja zeitweise nein

Beim Aufstehen ja zeitweise nein

Beim Benutzen der Toilette ja zeitweise nein

Sonstige Hilfen ja zeitweise nein

welche:

Dekubituspflege (Grad des Dekubitus: Ort?: ja zeitweise nein

Behandlungspflegen: ja zeitweise nein

welche:

Sondenversorgung (bitte unten ausführen) ja zeitweise nein

O2 Versorgung (bitte unten ausführen) ja zeitweise nein

Antragsteller/in kann eigenen Haushalt führen: ja nein

Grad der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 und § 15 SGB XI: nicht pflegebedürftig

Pflegegrad 1 / Pflegegrad 2 / Pflegegrad 3 / Pflegegrad 4 / Pflegegrad 5 / § 45a

Zu berücksichtigen ist:

Raucher/in

Nichtraucher/in

Alkoholiker/in

sonstige Sucht, nämlich:.....

Für eventuelle Ausführungen:

.....

.....

.....

.....

Ort/ Datum: **Unterschrift/Stempel Arzt/Ärztin:**

§ 15 SGB XI Grade der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden fünf Pflegegrade zuzuordnen:

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

- 2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

- 5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.