

## Ärztliche Begutachtung für die stationäre Aufnahme ins St. Elisabeth Pflegezentrum

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Für die Aufnahme im Pflegeheim relevante Vorerkrankungen und Diagnosen:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie              | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher   | <input type="checkbox"/> Lähmungen                |
| <input type="checkbox"/> Adipositas            | <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Demenz                   |
| <input type="checkbox"/> Typ Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden            |
| <input type="checkbox"/> Asthmatische Probleme | <input type="checkbox"/> Kachexie            | <input type="checkbox"/> Sondenernährung          |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie             |  | <input type="checkbox"/> mit Pumpe                |
| <input type="checkbox"/> Port                  | <input type="checkbox"/> Sauerstoff          | <input type="checkbox"/> Beatmungsplatz notwendig |

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Frühere Krankenhausaufenthalte:

Wo und wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Mitbetreuende (Fach-)ärzte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Körperlicher Zustand:

#### Gehfähig:

- Ja, selbständig
- Ja, mit Hilfsmittel (z.B. Rollator) \_\_\_\_\_
- Bewegt sich selbständig mit Rollstuhl
- Nein
- Bettlägrig

**Inkontinenz:**

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Stuhl | <input type="checkbox"/> Harn                            |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> versorgt mit Dauerkatheter      |
|                                | <input type="checkbox"/> versorgt mit Inkontinenzartikel |

**Sehvermögen:**

- Brille  
 \_\_\_\_\_

**Gehör:**

- Hörgerät  
 \_\_\_\_\_

**Geistig-seelischer Zustand:**

**Örtlich orientiert**

- ja                       nein                       teilweise

**Zeitlich orientiert**

- ja                       nein                       teilweise

- Selbstgefährdung**  
 **Fremdgefährdung**  
 **Verhaltensauffälligkeiten**

**Suchterkrankung:**

- nein  
 Ja, welche  
     Alkohol                       Nikotin                       Medikamente  
     sonstige \_\_\_\_\_

**Liegt eine Erkrankung nach § 36 IfSG (Infektionsschutzgesetz) vor?**

- nein  
 ja

**Liegt eine andere Krankheit vor, die besondere hygienische Maßnahmen erfordert?**

(z.B. MRSA, 3MRGN, 4MRGN, Krätze, Clostridium difficile, ...)

- nein  
 ja, welche? \_\_\_\_\_

**Derzeitige Medikation:**

- bitte aktuellen Medikamentenplan mitbringen -

---

---

---

**Sonstiges:**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel