

## Ärztliche Begutachtung für die Aufnahme in die Tagespflege St. Elisabeth in Senden

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<br>mit Pumpe |
- 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
- Bettlägerig

**Inkontinenz:**

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

**Sehvermögen:**

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

**Gehör:**

- Hörgerät
- \_\_\_\_\_

**Geistig-seelischer Zustand:**

**Örtlich orientiert**

- ja                       nein                       teilweise

**Zeitlich orientiert**

- ja                       nein                       teilweise

**Suchterkrankung:**

- nein
- Ja, welche
- |   |                                  |                                      |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alkohol        | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> sonstige _____ |                                  |                                      |

**Liegt eine Erkrankung nach § 48 Abs. 2 BSG vor?**

- nein
- ja

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

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

**Derzeitige Medikation:**

bitte bei Aufnahme aktuellen Medikamentenplan mitbringen -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

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