



Clarenbachstift

Gemeinnütziges Sozialwerk der
Evangelischen Clarenbach-Kirchengemeinde
Köln-Braunsfeld GmbH

– Ärztlicher Fragebogen –

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankheiten

bestehende Krankheiten, Diagnosen:

Allergien:

Der Aufzunehmende leidet unter folgenden funktionellen Einschränkungen

Bettlägerigkeit: ja nein zeitweilig

Gehfähigkeit: ja nein zeitweilig

Begleitung beim Gehen: ja nein zeitweilig

Hilfsmittel (wenn ja, welches): ja nein zeitweilig

Hilfsmittel:

Urininkontinenz: ja nein zeitweilig

Dauerkatheter: ja nein

Wenn ja: transurethral suprapubisch

Stuhlinkontinenz: Stoma

Desorientierung zeitlich ja nein zeitweilig

örtlich ja nein zeitweilig

situativ ja nein zeitweilig

zur Person ja nein zeitweilig

Hilfebedarf durch Unterstützung, Beaufsichtigung, teilweise/vollständige Übernahme oder Anleitung

Nahrungszubereitung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	PEG: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waschen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Duschen/Baden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Kämmen/Rasieren:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Zahnpflege:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
An-/Auskleiden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Aufstehen/Zubettgehen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Benutzen der Toilette:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Medikamenteneinnahme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Dekubituspflege:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	
Psychosoziale Betreuung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig	

Sonstiges

Begutachtung durch den MDK ist beantragt / hat stattgefunden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Einstufung durch den MDK liegt vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Pflegegrad:
Gerontopsychiatrische Unterbringung ist erforderlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Liegen Infektionskrankheiten vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Infektionskrankheit (z.B. MRSA, ESBL, Clostridien, HIV, Hepatitis usw.):			
Patient leidet an einer Suchterkrankung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Suchterkrankung:
Geplante Entlassung:			



Eine ambulante Versorgung ist nicht/nicht länger sicherzustellen. Eine Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist notwendig.

Bemerkungen:

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift des Arztes: