

# Clemens-Kessler-Haus

Vollstationäre Pflegeeinrichtung mit eingestreuter Kurzzeitpflege

Mühlsteig 33  
87616 Marktoberdorf

Telefon: 08 342 / 91 60 0  
Fax: 08 342 / 91 60 79

info@ahclemens-kessler.brk.de  
www.brk-ostallgaeu.de



**Bayerisches  
Rotes  
Kreuz**

Kreisverband Ostallgäu

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

### Angaben zum Patienten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse		Telefon
Derzeitiger Aufenthalt		

### Angaben zur Betreuung und Pflege

Der Patient benötigt Hilfe beim	Essen / Trinken	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teils
	Gehen / Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hinsetzen / Hinlegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Aufstehen aus dem Bett / Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Waschen / Kämmen / Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Toilettengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orientierung	örtlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teils
	zeitlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	situativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	personell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> teils		
Kontrolle der Medikamenten- einnahme	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Ernährungsmanagement	<input type="radio"/> Diabetes mellitus	<input type="radio"/> PEG		
	<input type="radio"/> Insulinpflichtig	<input type="radio"/> Kostform, welche?		
Ernährungszustand	<input type="radio"/> kachektisch	<input type="radio"/> normalgewichtig		
	<input type="radio"/> adipös	<input type="radio"/> exsikkiert		
Wundmanagement	<input type="radio"/> chronische Wunden, welche?			
	<input type="radio"/> akute Wunden, welche?			

## Angaben zur gesundheitlichen und psychischen Verfassung

Ansteckende Krankheiten gemäß §36 IfSG	<input type="radio"/> ja, welche?	<input type="radio"/> nein
Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?	<input type="radio"/> ja, welche?	<input type="radio"/> nein
Suchtkrankheiten	<input type="radio"/> ja, welche?	<input type="radio"/> nein
Psychische Auffälligkeiten, Verhalten	<input type="radio"/> Weglaufgefährdung	<input type="radio"/> vaskuläre Demenz
	<input type="radio"/> Sturzgefährdung	<input type="radio"/> Demenz Typ Alzheimer
	<input type="radio"/> Aggressivität	<input type="radio"/> Depression
	<input type="radio"/> sonstiges:	
Diagnosen (bitte verständliche Bezeichnungen und in lesbarer Schrift)		
Bestehende Therapien	<input type="radio"/> Logopädie	<input type="radio"/> Physiotherapie / KG
	<input type="radio"/> Ergotherapie	<input type="radio"/> andere
Hilfsmittel	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Sauerstoffgabe
	<input type="radio"/> ja, welche?	<input type="radio"/> Antidekubitusmatratze
<input type="radio"/> Harninkontinenz	<input type="radio"/> Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> Katheter / suprapubisch. Katheter

## Angaben zum empfohlenen Aufenthalt

<input type="radio"/> Kurzzeitpflege	<input type="radio"/> Beschützende Station
<input type="radio"/> Vollstationärer Aufenthalt	(in unserem Haus nicht verfügbar)

## Angaben zum derzeit behandelnden Arzt

Name	Telefon
Bleibt die hausärztliche Betreuung nach der Heimaufnahme durch den jetzigen Hausarzt bestehen?	<input type="radio"/> ja
	<input type="radio"/> nein

## Weitere Bemerkungen und Hinweise

--------------

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes