

	QM – Handbuch		ID: P 0..	Verantwortlich: PDL, QMB
	Ärztlicher Fragebogen + Pflegeüberleitung zur Heimaufnahme		Status: V 1.0	Geltungsbereich: alle

Stammdaten		Pflegegrad	☐ beantragt am	PG	
Name:		Vorname:			
Geburtsdatum:		Familienstand:			
Hausarzt :		Krankenversicherung : KV-Nr. :			
Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte Adresse : Telefonnummer :					
Konfession	☐ evang.	☐ kathol.	☐ andere		
Aufnahme in Einrichtung	Haus Weiherberg GmbH Weiherberg 56 - 66679 Losheim am See – Tel: 06872 / 92 01 198				
Ansprechpartner	Pflegedienstleitung, Tel. 06872/ 920 1 – 198 Fax: 06872/ 920 1 – 50 , pdl@haus-weiherberg.de				
Soziale Aspekte wohnhaft in/ Betreuung durch		Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zum Zweck der Heimaufnahme. Unterschrift Patient/ Betreuer			
☐ Pflegeheim	☐ Kurzzeitpflege	☐ Wohnheim	Aktuelle Medikation siehe Medikamentenplan, ggf. Ergänzungsblatt, E-Brief		
☐ Betreutes Wohnen	☐ Pflegedienst	☐ WG			
Vorsorgevollmacht	☐ ja	☐ nein	CoViD Impfung vollständig: ☐ nein ☐ ja, seit _____		
Patientenverfügung	☐ ja	☐ nein			
Bevollmächtigter	☐ ja	☐ nein			
Einweisungsgrund/ Diagnose (bei 39c ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit der Versorgung im Pflegeheim ausstellen) (ggf. Ergänzungsblatt)	Infektionskrankheit gem. §36 IfSG ☐ ja ☐ nein Bei ja, Rücksprache mit Pflegekraft/ Arzt, auf Seite 2 konkretisieren		Unverträglichkeiten/ Allergien		
			Hilfsmittel	vorhanden	beantragt
			Rollator	☐	☐
			Rollstuhl	☐	☐
			Gehstock	☐	☐
			Prothesen	☐	☐
			Sonstige:		

Fähigkeiten und Einschränkungen des Patienten							
Mobilität	selbst	mit Hilfe	unselbständig	Orientierung	ja	zeitweise	nein
Freies Gehen	☐	☐	☐	Zeitlich	☐	☐	☐
Gebrauch von Hilfsmitteln	☐	☐	☐	Örtlich	☐	☐	☐
Transfer/ Sitzen	☐	☐	☐	zur Person	☐	☐	☐
Körperpflege	selbst	mit Hilfe	unselbständig	situativ	☐	☐	☐
Waschen/ Rasieren	☐	☐	☐	Ausscheidung	ja	zeitweise	nein
Baden/ Dusche	☐	☐	☐	Harninkontinenz	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐	Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐
An-/ Auskleiden	☐	☐	☐	Sonstiges			
Ernährung	selbst	mit Hilfe	unselbständig	Ausscheidung			
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	DK/ SBK	Wechsel letztmalig:		
Schluckstörung	☐ ja	☐ zeitw.	☐ nein	☐ Silikon	☐ Latex	Ch	

GF	Erstellt: PDL	Geprüft: QMB	Geändert von:	Freigabe von:	Gültig bis: 07/ 2017
Thomas Hüllein	am: 24.06.2015	am: 24.06.2015	Geändert am:	Freigabe am:	Seite 1 von 2

	QM – Handbuch		ID: P 0..	Verantwortlich: PDL, QMB
	Ärztlicher Fragebogen + Pflegeüberleitung zur Heimaufnahme		Status: V 1.0	Geltungsbereich: alle

Diät	☐ ja	☐ zeitw.	☐ nein	Stuhlgang	Letztmalig am:
PEG	☐ ja		☐ nein	☐ Diarrhoe	☐ Obstipation

Bemerkungen:
(Sondenkost Menge, Kcal, Welche?, Kostform, etc.)

☐ spontan, unauffällig	Atmung	Trachealkanüle	☐ ja	☐ nein	Welche:	
		O ₂ -Gabe	☐ ja	☐ nein	Dosis:	
		Speichelmanagement	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein	
		Sekretmanagement	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein	Aussehen:
Hautzustand	Körpergröße			cm	Gewicht	kg
	Hautdefekt	☐ ja	☐ nein	Wo:		
	Dekubitusgrad	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV	
☐ trocken	☐ schuppig	☐ mazeriert	☐ Pergament	☐ feucht	☐ Rötung	☐ Ulcera
Kreislauf/ Vitalparameter		RR	HF	Temp.	BZ	

Erschwerisfaktoren für die Pflege

☐ Marcumar/ andere	☐ Lähmungen	☐ Kontrakturen
☐ Fehlstellung von Extremitäten	☐ Spastiken	☐ Amputation
☐ Eigen-/ Fremdgefährdung	☐ Depression	☐ Abwehrverhalten
☐ Non - Compliance	☐ fehlende Absprachefähigkeit	☐ Schmerzpatient
☐ Unruhe	☐ Weglauftendenz	☐ diagnostizierte Demenz/ HOPS

Bemerkungen/ Sonstiges/ Ergänzungen

--	--

Wertsachen/ Eigentum	☐ vorhanden	☐ mitgegeben
	Was:	

Infektionskrankheit gem. §36 IfSG

Keim	Besiedlungsort	Abstrich am	Ja	Nein	?	Sanierung eingeleitet mit:

Hiermit bestätige ich, dass mir bei o.g. Patient/In weder der Verdacht auf, noch die gesicherte Diagnose einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane lt. § 36 des Infektionsschutzgesetzes vorliegen.

Datum/ Unterschrift d. Arztes/ Ärztin

Kontakt für Rückfragen in der Klinik/ Station		Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Haus Weiherberg GmbH www.haus-weiherberg.de Pflegedienstleitung pdl@haus-weiherberg.de Tel: 06872/ 920 1 - 198
Station:		
Telefon:		
Fax:		
Arzt/ Pflegekraft:		
Sozialdienst:		