|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geb.-Dat.: |
| Krankenkasse | KV- Nummer |
| Anschrift |
| Pflegegrad: [ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]  nicht bekannt |

|  |
| --- |
| Diagnosen, ICD-Code und/oder Behinderungen (bitte die für die Heimaufnahme entscheidende Diagnose, ICD-Code oder Behinderung unterstreichen) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nein | Ja |
| Besteht eine Betreuung/Notwendigkeit einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz(z.B. Gesundheitsfürsorge)?  | [ ]  | [ ]  |
| Wenn ja, welche? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA, Clostridien, Hepatitis)?  | [ ]  | [ ]  |
| Wenn ja, welche und Lokalisation: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bestehen ansteckende Krankheiten/Gründe einer Isolierung aufgrund von multiresistente Erreger? | [ ]  | [ ]  |
| Wenn ja, welche [ ]  3 MRGN oder [ ]  4 MRGN |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist aufgrund einer ansteckenden Infektionskrankheit die Unterbringung in einem Einzelzimmer notwendig? | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Besteht eine Suchtkrankheit oder Suchtgefährdung? | [ ]  | [ ]  |
| Wenn ja, welche: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bestehen psychische Störungen?  | [ ]  | [ ]  |
| Wenn ja, welche: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt  | [ ]  | [ ]  |
| Wenn ja, welche: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist der/die zukünftige Bewohner/-in Marcumarpatient/-in? | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist Diät oder Schonkost erforderlich? | [ ]  | [ ]  |
| Wenn ja, welche: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zeitw. | Nein | ja |
| Ständig bettlägerig | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Geh- und stehfähig | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |
| Orientiert | Zeitw. | Nein | ja |
| zum Ort | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| zur Zeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| zur Person | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Zur Situation | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zeitw. | Nein | ja |
| Kontinent |  |  |  |
| Für Urin |  |  |  |
| Für Stuhl |  |  |  |
| Imstande, alleine zu gehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Auf Hilfsmittel angewiesen Welche: | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|
| imstande, alleine zu Bett zu gehen/aufzustehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| imstande, sich alleine zu waschen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| imstande, sich alleine an- und auszukleiden | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| imstande, selbständig zu essen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| imstande, selbständig zu trinken | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| imstande, alleine die Toilette zu benutzen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |
| Besteht eine starke motorische Unruhe:*Wenn ja, wie äußert sich diese?* | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
| Besteht eine Hinlauftendenz | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Größe:  | Gewicht |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nein | Ja |
| Besondere Pflegesituation |
| Schwerlastbett nötig? | [ ]  | [ ]  |
| Sauerstoffversorgung nötig? | [ ]  | [ ]  |
| PEG Pumpe nötig? | [ ]  | [ ]  |
| Stoma Versorgung nötig? | [ ]  | [ ]  |
| Absaugen nötig? | [ ]  | [ ]  |
| Weichlagerung / Wechseldruck nötig? | [ ]  | [ ]  |
| Bestehende WundenWenn ja, welche und Lokalisation: | [ ]  | [ ]  |
| Sonstige Bemerkungen: |
|  |
|  |

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Arztes

|  |  |
| --- | --- |
| **Interner Vermerk:** |  |
| Datum Einverständnis Pflegeleitung |