|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 Wunden  Wenn ja, welche und Lokalisation: | |  |  |
| Sonstige Bemerkungen: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Arztes

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