

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <b>GfA Gesellschaft für<br/>Altenpflege mbH<br/>Haus Mühlenbach</b><br><br>Im Bendenberg 18<br>53127 Bonn | <b>Qualitätsmanagement-Handbuch</b> | <b>Geltungsbereich:<br/>Verwaltung/Pflege</b> |
| <b>QM-Handbuch Kapitel 4.4.2</b>  |                                     |   |

### Arzt-Fragebogen zur Heimaufnahme

**Vom Arzt auszufüllen!**

|                      |       |
|----------------------|-------|
| <b>Bewohner/-In:</b> | ..... |
| <b>Geburtsdatum:</b> | ..... |

|  |               |
|--|---------------|
| <b>Behandelnder Arzt:</b>  |               |
| .....  |               |
| Weiterbehandlung in der Einrichtung möglich? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |               |
| Ort: .....   | Straße: ..... |
| <b>Telefon/Fax:</b>  |               |
| .....  |               |

**1. Diagnosen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Allergien/Unverträglichkeiten**  ja  nein  
Welche?

.....

| Bearbeiterin: | Änderungsstatus | Prüfung       | Datum d. Freigabe | Freigabe | Seite   |
|---------------|-----------------|---------------|-------------------|----------|---------|
| A.Reuter      | 2               | B.Heimersheim | 07.10.2019        | BH       | 1 von 6 |

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <b>GfA Gesellschaft für<br/>Altenpflege mbH<br/>Haus Mühlenbach</b><br><br>Im Bendenberg 18<br>53127 Bonn | <b>Qualitätsmanagement-Handbuch</b> | <b>Geltungsbereich:<br/>Verwaltung/Pflege</b> |
| <b>QM-Handbuch Kapitel 4.4.2</b>  |                                     |   |

### Ernährungsmanagement

**Diät erforderlich:**  ja  nein welche: .....

**Dysphagie**  ja  nein Stufe: .....

**Verordnung über Trinkmenge notwendig?**  ja  nein

Verordnete Mindesttrinkmenge: ..... ml/24 Std.

Verordnete Höchsttrinkmenge: ..... ml/ 24 Std.

**Bilanzierung**  ja  nein

PEG  PEJ seit: .....

**Name der Sondenkost:**

.....

Angabe ml pro 24 Stunden:

.....

Verabreichung über:

Spritze  Ernährungspumpe  Schwerkraftsystem

Verabreichung zu folgenden Uhrzeiten: ...../...../...../...../.....

Ergänzende Flüssigkeitsgabe pro 24 Stunden:

.....

Ausschließliche Ernährung über Sondenkost? ja  nein

Diese Angaben sind an eine gleichzeitige Zufuhr oraler Kost angepasst:  
ja  nein

### **Medikamente**

**Folgende können nicht über die Sonde verabreicht werden:**

.....

.....

| Bearbeiterin: | Änderungsstatus | Prüfung       | Datum d. Freigabe | Freigabe | Seite   |
|---------------|-----------------|---------------|-------------------|----------|---------|
| A.Reuter      | 2               | B.Heimersheim | 07.10.2019        | BH       | 2 von 6 |

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <b>GfA Gesellschaft für<br/>Altenpflege mbH<br/>Haus Mühlenbach</b><br><br>Im Bendenberg 18<br>53127 Bonn | <b>Qualitätsmanagement-Handbuch</b> | <b>Geltungsbereich:<br/>Verwaltung/Pflege</b> |
| <b>QM-Handbuch Kapitel 4.4.2</b>  |                                     |   |

### Ausscheidung

#### Urin-Inkontinenz:

.....  
 Art der Urininkontinenz: .....

Blasenkatheter       SPDK      letzter Wechsel: .....

Urostoma      System: .....

#### Stuhl-Inkontinenz:

.....  
 Anus Praeter      System: .....

Neigung zur **Verstopfung**?      Ja       nein   
 Neigung zu **Durchfall**?      Ja       nein

### Mobilität

**Gehhilfen:**     Rollstuhl       Gehstock  
                    Rollator       bettlägerig

Gangstörungen:    Ja       nein

### Kommunikation und Bewusstseinslage

wach       ansprechbar       schläfrig       komatös

#### Orientierung:

|            | Ohne<br>Einschränkung | Einschränkung | Zeitweise<br>eingeschränkt |
|------------|-----------------------|---------------|----------------------------|
| Zeitlich   |                       |               |                            |
| Persönlich |                       |               |                            |
| Örtlich    |                       |               |                            |
| Situativ   |                       |               |                            |

### Emotionale/affektive Situation, Verhaltensauffälligkeiten

nächtliche Unruhe       Hinlauftendenz       Weglauftendenz  
 Selbstgefährdendes Verhalten       wenn ja, welches? \_\_\_\_\_  
 Fremdgefährdetes Verhalten       wenn ja, welches? \_\_\_\_\_  
 Depressive Verstimmung  
 Antriebsschwäche

| Bearbeiterin: | Änderungsstatus | Prüfung       | Datum d. Freigabe | Freigabe | Seite   |
|---------------|-----------------|---------------|-------------------|----------|---------|
| A.Reuter      | 2               | B.Heimersheim | 07.10.2019        | BH       | 3 von 6 |

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <b>GfA Gesellschaft für<br/>Altenpflege mbH<br/>Haus Mühlenbach</b><br><br>Im Bendenberg 18<br>53127 Bonn | <b>Qualitätsmanagement-Handbuch</b> | <b>Geltungsbereich:<br/>Verwaltung/Pflege</b> |
| <b>QM-Handbuch Kapitel 4.4.2</b>  |                                     |   |

**Sprachstörungen:**

.....

**Vitalfunktionen**

**Atmung:**             normal             Tachypnoe             Dyspnoe  
 Sauerstofftherapie?  ja                             nein                            ...../min  
 NIV                     ja                             nein

**Blutdruck:**             normal             Hypertonie             Hypotonie

**Puls:**                     normal             Arrhythmie             Extrasystolen  
                                Tachykardie             Bradykardie

**Herzschrittmacher:**     ja                             nein

Typ: .....                            **letzte Kontrolle am**.....

**Wo?**.....

**Defibrillator:**  ja             nein

Typ: .....                            **letzte Kontrolle am**.....

**Wo?**.....

**Schmerzmanagement**

**Akute Schmerzen**             **Chronische Schmerzen, seit wann?** .....

Schmerzlokalisierung? .....

Schmerzintensität?.....

Regelmäßige Schmerzmitteleinnahme?.....

Bedarfsmedikamente? .....

Weitere Maßnahmen? (Kälteanwendungen?, Wärme?)

.....

.....

**Wundmanagement**

ja             nein            **Wo? (Lokalisation)** .....

**akute Wunde**             **chronische Wunde**

| Bearbeiterin: | Änderungsstatus | Prüfung       | Datum d. Freigabe | Freigabe | Seite   |
|---------------|-----------------|---------------|-------------------|----------|---------|
| A.Reuter      | 2               | B.Heimersheim | 07.10.2019        | BH       | 4 von 6 |

|   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <b>GfA Gesellschaft für<br/>Altenpflege mbH<br/>Haus Mühlenbach</b><br><br>Im Bendenberg 18<br>53127 Bonn | <b>Qualitätsmanagement-Handbuch</b> | <b>Geltungsbereich:<br/>Verwaltung/Pflege</b> |
| <b>QM-Handbuch Kapitel 4.4.2</b>  |                                     |   |

Wundschmerz vorhanden?     ja     nein     zeitweise

Behandlung bisher:

.....

.....

.....

.....

.....

### Infektionen

#### **Beim betreffenden Bewohner**

(bitte zutreffendes ankreuzen)

- bestehen keine ansteckenden Krankheiten
- besteht keine MRSA/ MRGN-Besiedlung
- besteht keine Ansteckungsgefahr der Lungentuberkulose gemäß §36(4) IfSG

### Existenzielle Fragen

**Patientenverfügung** über ärztliche Behandlung im Falle des Eintritts einer unheilbaren Erkrankung o.ä. vorhanden?

- Vorsorgevollmacht     Patientenverfügung     Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Bitte legen Sie eine Kopie bei.

.....

**Datum**

**Unterschrift /Stempel des Arztes**

| Bearbeiterin: | Änderungsstatus | Prüfung       | Datum d. Freigabe | Freigabe | Seite   |
|---------------|-----------------|---------------|-------------------|----------|---------|
| A.Reuter      | 2               | B.Heimersheim | 07.10.2019        | BH       | 5 von 6 |