

Parkresidenz Helmine Held	Qualitätsmanagement	Qualitätssicherung	Heimaufnahme
--------------------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------

Formular	Ärztliche und pflegerische Stellungnahme zum Antrag auf Aufnahme
-----------------	---

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient immobil?	<input type="checkbox"/> ja, ständig <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Antidekubitusmatratze notwendig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat der Patient einen Dekubitus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Urininkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfe ist notwendig bei(m)...	<input type="checkbox"/> Essen/Trinken <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> An – Auskleiden <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Aufstehen <input type="checkbox"/> Toilettengang <input type="checkbox"/> Tag/ Nachtrhythmus gestört
Hat der Patient eine/einen....	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Port-Katheter
Ist der Patient zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Hin – und/oder Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Unterbringungsbeschluss vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt Eigen – und/oder Fremdgefährdung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Schwerhörigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erarbeitet	Freigegeben	Überprüfung	Seite	1/2
QMB	HL	Juli 2016	Version/Stand	1

Parkresidenz Helmine Held	Qualitätsmanagement	Qualitätssicherung	Heimaufnahme
Formular	Ärztliche und pflegerische Stellungnahme zum Antrag auf Aufnahme		
<i>Fortsetzung</i>			
Besteht Blindheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hat der Patient ansteckende Krankheiten? <input type="checkbox"/> ansteckungsfähige Lungentuberkulose (gem. §36 Abs.4, IfSG) <input type="checkbox"/> MRSA Ort: _____ <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> andere ansteckende Krankheiten Welche: _____			
Ist eine spezielle Diät erforderlich? <input type="checkbox"/> ja, welche _____ <input type="checkbox"/> nein			
Empfohlene Wohnform <input type="checkbox"/> Wohnbereich <input type="checkbox"/> Wohnen mit Service (Rüstigenbereich) <input type="checkbox"/> beschützender Wohnbereich			
Ist eine Schnelleinstufung erfolgt? <input type="checkbox"/> ja, folgende <input type="checkbox"/> nein			
Liegt eine Pflegestufe vor? <input type="checkbox"/> ja, welche _____ <input type="checkbox"/> nein			
Diagnosen:			
Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			
Datum: _____			
Unterschrift und Stempel des Arztes _____			