

Ärztlicher Fragebogen

(alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name, Vorname Geburtsdatum

Pflegegrad 0 1 2 3 4 5

Lebt der Patient/die Patientin im selbstständigen Haushalt? ja nein

Benötigt der Patient/die Patientin Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz

stuhlinkontinent harninkontinent Stoma DK/SPK

Bestehen körperliche Behinderungen? Falls ja, welcher Art?

.....
.....

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC nach §48 a Bundesseuchengesetz (bitte genau bezeichnen)

.....
.....

Orientierung

örtlich nicht bekannt zeitweise dauernd Weglaufgefahr

Wie wirkt sich die örtliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....
.....

zeitlich nicht bekannt zeitweise dauernd

Wie wirkt sich die zeitliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....
.....

persönlich nicht bekannt zeitweise dauernd

Wie wirkt sich die persönliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....
.....

situativ nicht bekannt zeitweise dauernd

Wie wirkt sich die situative Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....
.....

Nachtruhe

- schläft durch steht in manchen Nächten auf gestörter Tag/Nacht Rhythmus
- findet Nachts keine Ruhe

Was können wir tun, um die Nachtruhe zu unterstützen, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....
.....

Stimmung, Soziale Besonderheiten

Falls Besonderheiten vorliegen, beschreiben Sie diese bitte, insbesondere im Hinblick auf Verhalten im Umfeld, was sollten wir für unsere Arbeit berücksichtigen:

.....
.....

Wie reagiert Ihr Patient/Ihre Patientin auf Veränderungen im Bereich der Umwelt und der Familie:

.....
.....

Besteht eine Eigengefährdung nein ja Falls ja, bitte näher beschreiben:

.....

Besteht eine Fremdgefährdung nein ja Falls ja, bitte näher beschreiben:

.....

Liegen psychische Störungen vor? Falls ja, welcher Art?

.....

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....

Letzte Stationäre Behandlung (falls möglich bitte den letzten Arztbrief als Kopie)

- Krankenhaus Gerontopsychiatrische Einrichtung Reha-Klinik

Datum und Grund:

Ständige Behandlung durch Fachärzte: (Wenn ja, durch welche?)

.....

Ist eine Betreuung beantragt? ja nein

Ist eine Betreuung eingerichtet? ja nein

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen einschließlich der Verabreichung von Psychopharmaka notwendig? Wenn ja, welche?

.....

Besteht eine Suchterkrankung? Wenn ja, welche?

.....

Ist Diät/Schonkost erforderlich? Wenn ja, welche?

.....

Behandlungspflegen (z.B. Verbände, Infusionen, Injektionen, Messung von Körperzuständen)

.....

Sind Wunden vorhanden? ja nein Falls ja, bitte näher bezeichnen

.....

Sind Schmerzen vorhanden? ja nein Falls ja, bitte näher bezeichnen seit wann der Patient/die Patientin die Schmerzen hat (sind die Schmerzen schon chronisch)

.....

Größe

Gewicht

Covid-19 Impfstatus 1 2 3 4 5

War der Patient/die Patientin an Covid-19 erkrankt? Falls ja, wann?

.....

Der Patient/die Patientin sollte auf dem Demenzbereich aufgenommen werden

ja nein

Wir weisen darauf hin, dass wir keinen geschlossenen Bereich in der Einrichtung haben.

Anlagen

- Diagnosen
- aktueller Medikamentenplan
- sonstige Ärztliche Verordnungen
- Covid-19 Impfnachweise

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person. Ich werde weiterhin die ärztliche Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen übernehmen:

ja nein Falls nein, teilen Sie dies bitte den Angehörigen/dem Betreuer bzw. der Betreuerin mit

Ort.....

Datum.....

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes

IK-Nr.: 510 715 435

Inkontinenz-Pauschale für Bewohner in der Langzeitpflege

Antrag auf Versorgung mit Vorlagen, Windeln und Windelhosen

für Frau / Herrn _____

geboren am: _____

Die Verordnung von Inkontinenzartikeln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse kommt in Betracht, weil:

- diese im direkten Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit (bei Blasen- und/oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitisbehandlung) notwendig werden.
- neben der Blasen- und/oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (z.B. Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne Einsatz von Inkontinenzartikeln der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht, der Betroffene die Harn- und/oder Stuhlabgabe nicht kontrollieren und sich insoweit auch nicht bemerkbar machen kann.
- nur durch den Einsatz von Inkontinenzartikeln das allgemeine Grundbedürfnis der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben befriedigt werden kann. Daraus erfolgt, dass pflegebedürftige Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzartikeln haben, wenn sie – ggf. unter Zuhilfenahme von anderen Hilfsmitteln (Mobilitätshilfen) oder von Pflegepersonen – zu einer aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (Teilnahme am gemeinsamen Essen, am Fernsehschauen, an Vorträgen, an Gemeinschaftsveranstaltungen o.ä) in der Lage sind.
- Der Bedarf einer erhöhten Inkontinenzpauschale ist gegeben (ablaufende Inkontinenzmaterialien).

Es ist nicht so, dass die Inkontinenzartikel ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen.

Dauer der Verordnung:

- 1 Jahr 1/2 Jahr bis auf weiteres sonstiger Zeitraum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes