



ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Die Aufnahme ist nur möglich, wenn der Fragebogen **vollständig** ausgefüllt ist.

Persönliche Daten

Name (bei Frauen auch Geburtsname):

Vorname: geb. am:

Feststellungen über Art, Umfang und Auswirkungen der Behinderung /des Leidens

Befund (möglichst deutsche Bezeichnung verwenden):

.....
.....
.....
.....

Funktionelle Einbußen:

im körperlichen Bereich (Liegen insbesondere noch weitere Auswirkungen der Behinderung / des Leidens vor?)

.....
.....

im geistig-seelischen Bereich (z. B. depressiv verstimmt, weinerlich, aggressiv, unberechenbar, motorisch unruhig)

.....
.....

Röntgenuntersuchung der Atmungsorgane innerhalb der letzten 6 Monate

wurde nicht vorgenommen hat stattgefunden am:

Befund:

.....

in meiner Behandlung seit: z. Zt. in stationärer Behandlung

Ist eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands zu erwarten? ja nein



Umfang der zu leistenden Hilfen (bitte ankreuzen)	nicht erforderlich	gelegentlich oder geringfügig	ständig oder umfassend
Zubettgehen und Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ablegen von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von Hilfsmitteln (Bettpfanne, Nachtstuhl etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberhalten bei Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe beim Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellung beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellung bei Benutzung eines Rollstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verabreichung von Medikamenten (Spritzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einwirkung auf die Einnahme der Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notwendigkeit, den Patienten zur selbständigen Erledigung persönlicher Verrichtungen des alltäglichen Lebens zu motivieren und anzuleiten	gelegentlich oder geringfügig	ständig oder umfassend
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Notwendigkeit der Aufsicht <i>(bitte zusätzlich ankreuzen, ob tagsüber (T) und / oder nachts (N))</i>	nicht erforderlich			gelegentlich oder geringfügig		
		T	N		T	N
Neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt zum Zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefährdet sich selbst und andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Feststellungen

- Geh- und stehunfähig, aber nicht ständig bettlägerig? nein ja
- Tagsüber bettlägerig? nein ja überwiegend ständig
- Ist dauernde Nachtwache erforderlich? nein ja
- Dauer der Hilflosigkeit? vorübergehend ständig
- Einzelzimmer erforderlich? nein ja
- Ansteckende Krankheiten? nein ja
- Wenn ja, welche:
-

Suchtkrankheiten? nein ja

Wenn ja, welche:

.....

Einstufung der Pflegebedürftigkeit

Der Hilfesuchende ist im Sinne des § 3 (4) der allgemeinen Vereinbarung der Pflegekommission im Land NRW:

- erhöht pflegebedürftig**
1. Erhöht pflegebedürftig ist, wer über die übliche Versorgung hinaus wegen körperlicher oder geistiger Behinderung nicht nur vorübergehend bei Verrichtungen des täglichen Lebens fremder Hilfe bedarf.
- schwer pflegebedürftig**
2. Schwer pflegebedürftig ist, wer infolge seiner körperlicher oder geistiger Behinderung so hilflos ist, dass er dauernder Hilfe bedarf, weil er
- beim Gehen geführt oder im Krankenfahrstuhl gefahren werden muss,
 - dauernd bettlägerig ist,
 - nicht alleine essen kann,
 - dauernder Aufsicht oder einer Nachtwache bedarf,
 - die Funktion der Blase und / oder des Darms nicht mehr unter Kontrolle hat
- oder wegen anderer erschwerender Umstände eine über die unter Ziffer 1 genannten Fälle hinausgehende Hilfe benötigt.



Sonstige Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes: