



Lutherstift – Schusterstr. 15 – 42105 Wuppertal – Tel.: 388-0 – Fax 388-113

Ärztlicher Fragebogen

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

Persönliche Daten

Name :

Vorname: geboren 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? nein ja

Umfang der zu leistenden Hilfen (bitte ankreuzen)	nicht erforderlich	gelegentlich o. 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"/>

erarbeitet von **PDL**
überprüft von: **QMB**
freigegeben von: **GV**

Geltungsbereich: **VW**
gültig ab: **02.02.16**
QM-Nr.: **QM-F4-605-2**



Umfang der zu leistenden Hilfen (bitte ankreuzen)	nicht erforderlich	gelegentlich o. geringfügig	ständig oder umfassend
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 o. 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 (bitte zusätzlich ankreuzen, ob tagsüber (T) und / oder nachts (N))	gelegentlich o. geringfügig			ständig oder umfassend		
		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? ständig vorübergehend

Einzelzimmer erforderlich? nein ja

Ansteckende Krankheiten? nein ja welche? _____

Suchtkrankheiten? nein ja welche? _____

Eingruppierung 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 **Hilfebedarf, 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:

Datum, Unterschrift, Stempel des Arztes