



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: 01.05.2021
QM-Nr.: QM-F4-605-4



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 nein ja
- Tagsüber bettlägerig? nein ja überwiegend ständig
- Ist dauernde Nachtwache erforderlich? nein ja ständig vorübergehend
- Dauer der Hilflosigkeit? nein ja
- 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

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

Geltungsbereich: VW
gültig ab: 01.05.2021
QM-Nr.: QM-F4-605-4