

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname: _____ **2. Geburtsdatum:** _____**3. Anschrift:** _____

4. Hilfebedarf der/ des Patienten/ in bei**a) Mobilität**

	Ja	Zeitweise	Nein
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b) Körperpflege

	Ja	Zeitweise	Nein
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c) Kleidung

	Ja	Zeitweise	Nein
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

d) Sonstiges

	Ja	Zeitweise	Nein
Toilettengänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Größe _____ **cm****Gewicht** _____ **kg**

6. Liegt Inkontinenz vor ?

	Ja	Zeitweise	Nein
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn ja, in welcher form ?

7. Sind Ihnen folgende Orientierungsstörungen bei dem/ der Patienten/ in bekannt?

	Ja	Zeitweise	Nein
Zeitliche Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örtliche Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persönliche Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situative Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Ist der/ die Patient/ in bettlägerig ? Ja Zeitweise Nein

9. Liegt nächtliche Unruhe vor ? Ja Zeitweise Nein

10. Wie ist die Gemütsverfassung ? _____

11. Besteht eine Suchtkrankheit ? nein
 ja, welche _____

12. Sind psychische Störungen vor nein
handen ? ja, welche _____

13. Besteht eine körperliche Behinderung ? nein
 ja, welche _____

14. Hat der/ die Patient/ in eine ansteckende Krankheit ? nein
 ja, welche _____

Frei von ESBL ja nein

Frei von ORSA ja nein

Frei von MRSA ja nein

Frei von MRAB ja nein

Frei von TBC ja nein

Frei von Covid 19 ja nein



15. Ärztliche Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Medikation:

Dosierung

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
.				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

17. Impfungen:

Tetanus ja nein erhalten am: _____

FSME ja nein erhalten am: _____

Influenza ja nein erhalten am: _____

Pneumokokken ja nein erhalten am: _____

Covid 19 ja nein erhalten am: _____

18. Hinweise / Bemerkungen

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass meine Patientin / mein Patient

Frau / Herr _____

geb. am _____

frei von ansteckenden Krankheiten gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz ist bzw.

keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose gemäß § 36
Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vorhanden sind.

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes