

# 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 an-  nein  
steckende Krankheit ?  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