

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name (Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)	
2. Vorname (Rufname unterstreichen)	
3. Geburtsdatum	
4. Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.1. Benötigt der Patient Hilfsmittel hierfür? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig? (mehr als 10 Stunden täglich)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Liegt Inkontinenz vor?	
7.1. Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.2. Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Sind für die Darm- und Blasenentleerung Hilfsmittel erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?
10. örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
situativ orientiert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
11. Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> schläft nachts weniger als 4 Stunden <input type="checkbox"/> mit Unterbrechung <input type="checkbox"/> ohne Unterbrechung <input type="checkbox"/> schläft nachts mehr als 4 Stunden <input type="checkbox"/> mit Unterbrechung <input type="checkbox"/> ohne Unterbrechung
12. Gemütsstimmung	
13. besondere Eigenschaften	<input type="checkbox"/> selbstgefährdend <input type="checkbox"/> fremdgefährdend

14. Suchterkrankung?	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> anderes
15. Liegen Einschränkungen der Extremitäten vor?	
16. Liegen Einschränkungen / Erkrankungen im geistigen / seelischen Bereich vor?	
17. Liegen Einschränkungen der Sinnesorgane vor?	
18. Ärztliche Diagnosen	
19. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
20. Welche Behandlungspflege ist erforderlich?	
21. Ist Diät/Schonkost erforderlich? (Wann ja, welche Art?)	
22. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? (lt. IfSG § 36 Abs. 4) z.B. MRSA	
23. Besteht beim Patient der Verdacht auf COVID 19 (Personen mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere oder unspezifischen Allgemeinsymptomen und Kontakt mit einem bestätigten Fall von COVID-19 Personen mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere und Aufenthalt in einem Risikogebiet)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes