

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

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

1. Name <small>(Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)</small>	
2. Vorname <small>(Rufname unterstreichen)</small>	
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? <small>(mehr als 10 Stunden täglich)</small>	<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?  Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein .....
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

2.5.6. Ärztlicher Fragebogen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes