

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.

1. Vor- und Zuname: _____
2. Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____
3. Ist die aufzunehmende Person:
 - gehfähig? ja nein
 - sturzgefährdet? ja nein
4. Ist die aufzunehmende Person bettlägerig? ja nein
5. Inkontinenz:
 - Harninkontinenz ja nein
 - Stuhlinkontinenz ja nein
6. Ist ein Dekubitus vorhanden? ja nein
Wenn ja, wo? _____
7. Es ist unterstützende Hilfe erforderlich beim:
 - Essen + Trinken
 - An- und Auskleiden
 - Aufstehen und zu Bett gehen
 - Benutzen der Toilette
 - Waschen/Duschen
 - Lagern
 - Sonstiges: _____
8. Ist Sondennahrung erforderlich? ja nein
9. Orientierung:
 - örtlich orientiert ja zeitweise nein
 - zeitlich orientiert ja zeitweise nein
 - persönlich orientiert ja zeitweise nein
 - situativ orientiert ja zeitweise nein
10. Unruhezustände: ja zeitweise nein
 - tagsüber nachts
11. Suchtkrankheit: ja nein
Wenn ja, welche? _____
12. körperliche Behinderung:

13. geistig-seelische Behinderung oder Störung:

14. Diagnosen:

15. verordnete Medikamente: (bei Bedarf bitte Zusatzblatt verwenden)

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

16. Ist eine Diät-/Schonkost erforderlich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

17. Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose vorhanden?

(gemäß § 36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz) ja nein

18. Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen anderer ansteckenden Krankheiten vorhanden?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

19. Impfstatus vorhanden:

Tetanus ja Wann? _____

Pneumokokken ja Wann? _____

Hepatitis B ja Wann? _____

Grippe (Influenza) ja Wann? _____

20. Besonderheiten (Allergien/Unverträglichkeiten):

21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes (Weiterbehandlung durch Hausarzt nach Heimaufnahme,

(Weiter-)Behandlung beim Facharzt für ..., Herzschrittmacher vorhanden, ...):

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes