

Eingangsvermerke der Einrichtung:

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme / Kurzzeitpflege

1. Name, Vorname							
2. Geburtsdatum							
3. Hilfebedarf	Benötigt der Patient / die Patientin Hilfe bei der						
b) Körperpflege	ja	zeitweise	nein	a) Mobilität	ja	zeitweise	nein
waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duschen / baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kämmen / rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patient ist bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ernährung	ja	zeitweise	nein				
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Diät / Schonkost erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sondenkost erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Ist der Patient / die Patientin desorientiert ?				Liegt Inkontinenz vor ?			
	ja	zeitweise	nein		ja	zeitweise	nein
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

4. Besteht eine Suchtkrankheit?	
5. Allergien, Unverträglichkeiten	

weiter auf Rückseite

6. Ärztliche Diagnosen	

7. Medikation		Dosierung				
		Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf
	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
	e)					
	f)					
	g)					
h)						

8. Ansteckende Krankheiten	Bestehen ansteckende Krankheiten ?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche:	
	Liegt eine ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane vor ? (§ 36 Abs. 4 IfSG) *	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

9. Hinweise, Bemerkungen	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.		Stempel und Unterschrift des Arztes
Ort:		
Datum:		

* Wortlaut des § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG):

Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Absatz 1 oder 1a des Heimgesetzes (...) aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.