



Ärztlicher Fragebogen
für die Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname _____

2. Geburtsdatum _____

3. Wohnung _____
derzeitiger Aufenthalt _____

4. Besondere Gegebenheiten
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gefähig | <input type="checkbox"/> | Blaseninkontinenz |
| <input type="checkbox"/> | Häufige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> | Dauerkatheter |
| <input type="checkbox"/> | Ständige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> | Darminkontinenz |
| <input type="checkbox"/> | Hautschädigung | <input type="checkbox"/> | Anus praeter |
| <input type="checkbox"/> | Dekubitus | <input type="checkbox"/> | PEG-Sonde |
| <input type="checkbox"/> | Tracheostoma | | |

5. Behinderungen und
Gefährdungen

Lähmungen

Amputationen

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Halbseitenlähmung rechts | <input type="checkbox"/> | Arm |
| <input type="checkbox"/> | Halbseitenlähmung links | <input type="checkbox"/> | Hand |
| <input type="checkbox"/> | Beide Beine | <input type="checkbox"/> | Oberschenkel |
| <input type="checkbox"/> | Beide Arme | <input type="checkbox"/> | Unterschenkel |
| <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> | rechts |
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | links |

6. Es bestehen

zeitweise

dauernd

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Örtliche Desorientiertheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Zeitliche Desorientiertheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Blindheit | <input type="checkbox"/> | Suizidgefahr |
| <input type="checkbox"/> | Taubheit | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Verhaltensauffälligkeit | welcher Art | _____ |

7. Abhängigkeiten Alkohol Schlafmittel
 Schmerzmittel _____
8. An Hilfsmitteln werden benutzt Stock Krankenfahrstuhl
 Unterarmkrücken Prothesen
 Gehgestell/Rollator Hörgerät
9. Hilfe ist notwendig beim Essen Aufstehen/Zubettgehen
 Waschen Benutzen der Toilette
 Baden Gehen
 Frisieren/Rasieren Treppensteigen
 An-/Auskleiden Fahren im Krankenfahrstuhl
 Orientierung
10. Mein Patient ist rüstig (also nicht pflegebedürftig) ist pflegebedürftig
 muss in einer Beschützenden Abteilung betreut werden (Richterlicher Unterbringungsbeschluss ist nötig)

11. Diagnosen _____

12. Derzeitige Medikamente _____

13. Diät _____

14. Pathogene Darmbakterien sind nicht nachweisbar; MRSA Bakterien sind nicht nachweisbar

15. Bestätigung gem. § 36 Abs. 4 des SeuchRNeuG
 Es wird hiermit bestätigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind

16. Bericht für den weiterbetreuenden Arzt ist gesondert beigelegt
 _____, den _____

 (Stempel und Unterschrift des Arztes)

Auszug aus dem Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (SeuchRNeuG) vom 20.07.2000:

§ 36 Abs. 4 Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder in eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 oder 1 a 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.