

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname

Geburtstag

Hauptgründe für die Heimaufnahme

Mobilität:

Bitte zutreffendes ankreuzen

Aufstehen

selbstständig

**überwiegend
selbstständig**

**überwiegend
unselbstständig**

unselbstständig

Hinlegen

Stehen

Gehen

Lagern

Hilfsmittel:

Rollstuhl

Rollator

Gehstock

Sonstige

Urininkontinenz?

ja

nein

Stuhlinkontinenz?

ja

nein

Fremde Hilfe bedürftig?

beim Essen/Trinken

beim Lagern zur Nachtruhe

beim An-/Auskleiden

beim Benutzen der Toilette

bei der Körperpflege

bei der Tagesgestaltung

beim Frisieren/Rasieren

bei

(Gefäß-) Zugänge/ Sonden/ Ableitende Systeme?

Picc-Line

Port

Tracheostoma

Ileo-/Colostoma

Cystofix/Urostoma

PEG/PEJ

Blasenverweilkatheter

Sonstige, wenn ja welche?

Auffälligkeiten bei der Atmung?

nein

ja:

Sauerstoffsonde

Apnoegerät

Trachealkanüle

Beatmung über Tracheostoma

Auffälligkeiten der Haut?

Wunden

Dekubitus

Hauterkrankungen: wenn ja, welche?

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
Zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Nachtverhalten/Schlafen?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> problematisch
Weglauf-/Hinlauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Psychische Situation	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hyperaktiv	<input type="checkbox"/> euphorisch <input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> aufgeregt <input type="checkbox"/> hysterisch <input type="checkbox"/> depressiv
Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	

Diagnose(n)

Körperliche/Geistige Behinderung(en)

Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten

ja

nein

Anhalt für ansteckungsfähige Lungentuberkulose (§ 36 (4) IfSG)

ja

nein

Ist die Impfung gegen Covid-19 bereits erfolgt?

ja

nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Die Medikamentenübersicht und ärztlichen Verordnungen liegen bei.

, den

Ort:

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes: