

Ärztlicher Fragebogen zum Einzug



Wohnhaus:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:

cm

Gewicht:

kg

Hiermit entbinde ich die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt von ihrer/seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Heimaufnahme.

Unterschrift des Patienten | Betreuers | Bevollmächtigten

Diagnosen / ICD 10-Code:

Gibt es bekannte Allergien?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Orientiert zur Person?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Orientiert zum Ort?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Orientiert zur Situation?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Orientiert zur Zeit?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Nächtliche Unruhe?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Motorische Unruhe?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Hat eine Lauff Tendenz?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Gefährdet sich und/oder andere?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich

Suchtgefahr/-erkrankung? Wenn ja, welche?

☐ Ja _____ ☐ Nein

Besteht eine Suizidgefahr?

☐ Ja ☐ Nein

Bestehen psychische Beeinträchtigungen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Pflegesituation

Besteht ein Dekubitus/eine chronische Wunde?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo?

Chronische Schmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

Lähmungen?

☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Stomaversorgung?

☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Harninkontinenz?

☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Stuhlinkontinenz?

☐ Ja ☐ Nein

Sonstiger Hilfebedarf

Mahlzeiten

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme? ☐ Ja ☐ Nein

Mundgerechte Zubereitung? ☐ Ja ☐ Nein

Dysphagie? ☐ Ja ☐ Nein

Diät-/Schonkost? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Nahrungs- oder Flüssigkeitsbeschränkung? ☐ Ja ☐ Nein

Sondenkost? ☐ Ja ☐ Nein

Hilfe zur Mobilität

Aufstehen/Zubettgehen? ☐ Ja ☐ Nein

Beim Gehen? ☐ Ja ☐ Nein

Rollstuhl? ☐ Ja ☐ Nein

Geh- und stehfähig? ☐ Ja ☐ Nein

Liegen Infektionskrankheiten vor?

☐ MRSA ☐ VRE, ESBL, GRE ☐ MRE ☐ Ja ☐ Nein

☐ 3 MRGN ☐ 4 MRGN Lokalisation: Erreger:

☐ Tuberkulose (gilt als Bescheinigung im Sinne des § 36 Infektionsschutzgesetzes) ☐ Ja ☐ Nein

☐ Clostridium difficile ☐ Ja ☐ Nein

Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Infektionen:

Hinweis an die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt:

Bitte senden Sie uns eine aktuelle Medikamentenverordnung. Vielen Dank!

Bemerkungen:

--	--

Ort & Datum

Unterschrift & Stempel der/des Ärztin/Arztes