



Ärztlicher Fragebogen für die Anmeldung zur Heimaufnahme

Tel.: 09722/508-1621
Fax: 09722/508-1629

1. Vor- und Zuname _____

2. Geburtsdatum _____

3. Wohnort oder
derzeitiger Aufenthalt _____

4. Besonderheiten

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Gehunfähigkeit | <input type="checkbox"/> | Inkontinenz |
| <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 | <input type="checkbox"/> | _____ |

5. Behinderungen und
Gefährdungen

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Lähmungen | <input type="checkbox"/> | 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"/> | <input type="checkbox"/> |



7.2.5 Ärztlicher Fragebogen FM 010/H

zeitweise dauernd

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Taubheit | <input type="checkbox"/> | Blindheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Suizidgefahr | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Verhaltensauffälligkeit | _____ | | | |

7. Suchtabhängigkeiten, wenn ja welche: _____

8. Benutzte Hilfsmittel

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gehstock | <input type="checkbox"/> | Krankenfahrstuhl |
| <input type="checkbox"/> | Unterarmkrücken | <input type="checkbox"/> | Prothesen |
| <input type="checkbox"/> | Gehgestell / Rollator | <input type="checkbox"/> | Hörgerät |

9. Hilfe ist notwendig beim

| | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Essen | <input type="checkbox"/> | Aufstehen / Zubettgehen |
| <input type="checkbox"/> | Waschen | <input type="checkbox"/> | Benutzen der Toilette |
| <input type="checkbox"/> | Baden | <input type="checkbox"/> | Gehen |
| <input type="checkbox"/> | An- / Auskleiden | <input type="checkbox"/> | Krankenfahrstuhlfahren |
| <input type="checkbox"/> | Orientieren | <input type="checkbox"/> | _____ |

10. Der Patient / Bewohner

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | ist nicht pflegebedürftig | <input type="checkbox"/> | ist pflegebedürftig |
| <input type="checkbox"/> | muss in einer Beschützenden Abteilung betreut werden (Richterlicher Unterbringungsbeschluss ist notwendig) | | |

11. Diagnosen _____

12. Medikation _____

13. Diät _____



| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 14. VRE _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. MRSA _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ESBL _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Andere multiresistente Erkrankung, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hepatitis, welche: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Chlostridien difficile _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Bericht für den weiterbetreuenden Arzt beigelegt: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. andere ansteckende Krankheiten: _____ | | |
| 21. SARS-CoV-2, wenn ja am: _____ | | |
| 22. Hat seit 7 Tagen keine Symptome die auf eine SARS-CoV-2 hinweisen | | <input type="checkbox"/> |
| 23. Vollständige Impfserie gegen COVID-19 vorhanden: ja: <input type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> |
| 24. Letzte Impfung der vollständigen Impfserie gegen COVID-19 am: _____ | | |
| 25. Auffrischungsimpfungen gegen COVID-19 am: _____ | | |
| 26. Unvollständige Impfserie gegen COVID-19: ja: <input type="checkbox"/> | | am: _____ |
| 27. Keine Impfung gegen COVID-19 vorhanden: <input type="checkbox"/> | | |
| 28. Bestätigung gem. § 36 Abs. 4 des SeuchRNeuG: _____ | | |

Es wird hiermit bestätigt, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

_____, den _____
Ort Datum

(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.

| | | |
|----------------------|---------------------|--------------------|
| Ersteller: QM-Zirkel | Freigabe: QMB | Gültig: 02.11.2021 |
| REV: H | Datei: G/QM-Werneck | Seite 3 von 3 |