

Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, bzw. ankreuzen. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Adresse:

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist der Patient gehfähig: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Treppensteigen möglich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist der Patient häufig bettlägerig: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist der Patient ständig bettlägerig: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beherrschung des Stuhlgangs: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beherrschung des Urinabgangs: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Benötigt fremde Hilfe beim:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Waschen |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden | <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett | |
| <input type="checkbox"/> Lagern zur Nachtruhe | |
| <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette | |
| <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 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 |
| Nachts ruhig: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Weglauff Tendenz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ist eine offene Unterbringung möglich: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Gefährliche Eigenschaften: nein ja, welche?

.....
Suchtkrankheiten: nein ja, welche?

.....
Körperliche Behinderung(en) nein ja, welcher Art?

.....
Sind Hilfsmittel nötig?

| | | |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Brille | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hörapparat | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Laufgestelle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gehstock | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Prothesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Geistig-seelische Behinderung oder Störung nein ja, welcher Art?

.....

Letzte stationäre Behandlung: Allgemeinkrankenhaus Psychiatrie

Datum:Ort:

Grund:

Diagnosen:.....

.....

.....

.....

Allergien / Unverträglichkeiten: nein ja, welche?

.....

Größe:

Gewicht:

Regelmäßige Medikamente: nein ja, welche?

.....

.....

.....

Diätkost: nein ja, welche?

.....

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten, auch TBC?

ja

nein

Wurde der Patient auf MRSA untersucht?

ja

nein

Test war

negativ

positiv

Zeigte der Patient in den letzten 14 Tagen Symptome einer Corona-Infektion (z.B. Fieber, Husten, Kurzatmigkeit usw.)?

ja

nein

Wurde der Patient auf Coronavirus SARS-CoV-2 getestet?

ja

nein

Wenn ja, wann fand die Abnahme des Tests statt?

Datum _____

Befund war

negativ

positiv

War der Patient bereits an COVID-19 erkrankt?

ja

nein

Wenn ja, wann war die Erkrankung?

Datum _____

Hat der Patient bereits eine Corona-Schutzimpfung erhalten?

ja

nein

Wenn ja, wann war die Impfung(en)

Datum _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

.....

.....

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes