

SENIORENZENTRUM HOSPITAL Hospitalstr. 2 91522 Ansbach
☎ 0981- 97021-0; 📠 0981- 97021- 81

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
Weglauftendenz:	<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