

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