



## Ärztlicher Fragebogen

Dieser Fragebogen wird ausschließlich zum Zwecke der Heimaufnahme erhoben.

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. in geschlossenem Umschlag weiterleiten.

### Allgemeine Angaben zum Patienten

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Heimaufnahme

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/Betreuers/Bevollmächtigten

Ist der Patient gehfähig?                       ja                       nein                       nur mit Hilfe

Wenn „nur mit Hilfe“ welche Gehilfe wird genutzt? \_\_\_\_\_

Ist Treppensteigen möglich?                       ja                       nein                       nur mit Hilfe

Ist Patient häufig bettlägerig?                       ja                       nein

Beherrschung des Stuhlgangs?                       ja                       nein                       nicht immer

Beherrschung des Urinabgangs?                       ja                       nein                       nicht immer

Orientiert zur Person?                       ja                       nein                       nicht immer

Orientiert zum Ort?                       ja                       nein                       nicht immer

Orientiert zur Situation?                       ja                       nein                       nicht immer

Orientiert zurzeit?                       ja                       nein                       nicht immer

Nachts unruhig?                       ja                       nein                       nicht immer

Besteht ein Dekubitus/chronische Wunde?                       ja                       nein

Wenn ja wo? \_\_\_\_\_

Gibt es bekannte Allergien?                       ja                       nein



Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Patient ist fremder Hilfe bedürftig**

- |                             |                             |                               |                                      |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| bei der Nahrungsaufnahme    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| beim Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| beim Benutzen der Toilette  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| beim Frisieren/Rasieren     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| beim Ankleiden              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| beim Waschen                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| beim Baden                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| beim Lagern zur Nacht       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |

sonstiger Hilfebedarf \_\_\_\_\_

Besteht eine körperliche Beeinträchtigung?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Ist eine Stomaversorgung angezeigt?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Weglauftendenz?  ja  nein

Besteht eine geistig-seelische Beeinträchtigung?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Besteht Suizidgefahr?  ja  nein

Bestehen chronische Schmerzen (BTM)?  ja  nein

Bestehen Suchtkrankheiten?  ja  nein

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Liegen Anhaltspunkte für ansteckende Krankheiten vor?  ja  nein

- |      |                             |                               |          |                             |  |
|------|-----------------------------|-------------------------------|----------|-----------------------------|--|
| TBC  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | MRSA     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein  |
| ESBL | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | MRGN     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein  |
| VRE  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | COVID-19 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, Datum des Tests:<br>(Kopie des Testergebnisses bitte beifügen!) |

Wir bestätigen, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind (gilt als Bescheinigung im Sinne des § 36 Infektionsschutzgesetzes).

Im Hinblick auf mögliche Infektionen mit **SARS-CoV-2**:

Ist bereits eine Impfung gegen SARS-CoV-2 erfolgt? (Nachweis in Kopie beifügen)  ja  nein



Sonstige Diagnosen (Bitte in Druckbuchstaben)

---

---

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes