



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:
(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