

Eingangsvermerk des Heimes:

Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug)

Vor - und Nachname: _____ **geborene:** _____

Geburtsdatum: _____

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

	Gehen	Treppen steigen	Essen	Waschen	Ankleiden
Nein					
Gelegentlich					
Häufig					
Dauernd					

	Frisieren	Rasieren	Zu Bett gehen	Aufstehen(Bett)	Toilettengang
Nein					
Gelegentlich					
Häufig					
Dauernd					

Ist der / die Patient/in Desorientiert?				
	zeitlich	örtlich	persönlich	sitiativ
Nein				
Gelegentlich				
Häufig				
Dauernd				

Treten nachts Unruhezustände auf?		Ist der/die Patient/in bettlägerig?	
Nein		Nein	
Gelegentlich		Gelegentlich	
Häufig		Häufig	
Dauernd		Dauernd	

Liegt Inkontinenz vor?			
	Stuhlinkontinenz	Harninkontinenz	Form der Inkontinenz
Nein			Stressinkontinenz
Gelegentlich			Dranginkontinenz
Häufig			Reflexinkontinenz
Dauernd			Überlaufinkontinenz extraurethrale Inkontinenz

Liegen Informationen vor :	Covid 19	MRSA	VRE	MRGN	sonstiges
	o ja	o ja	o ja	o ja	o ja
	o nein	o nein	o nein	o nein	o nein

Wenn ja welche?

Liegt eine Suchtkrankheit vor?(wenn ja,welche Art)

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?

Ja

Nein

COVID 19 Impfung ? o ja o nein

Bei Antwort ja - Nachweis liegt vor o ja o nein

Liegen Informationen zu Schmerzen vor?(wenn ja,wo und welche?)

(Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose)

Diagnose:

Medikamentenplan (bitte beilegen)

Katheterträger?

ja

nein

wenn ja - welche Art?

Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes