

Ärztlicher Fragebogen

zur Heimaufnahme () zum Kurzzeitpflegeaufenthalt ()
zur Tagespflege ()

| | | | |
|--|--|--|--|
| Name, Vorname: | | | |
| Geburtsname: | | Geburtsdatum: | |
| 1. Diagnosen des/r Patient/In: | | | |
| 2. Ist der/die Patient/in nach § 36(4) IfSG frei von ansteckungsfähigen TBC ^{1?} | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| 2a. Liegen zur Zeit andere ansteckende Erkrankungen vor? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| | | Welche? _____ | |
| 2b. Ist der/die Patient/in MRSA positiv? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| 3. Ist derzeit eine Allergie bekannt? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| | | Welche? _____ | |
| 4. Ist derzeit ein Anfallsleiden bekannt? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| 5. Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich? (z.B. Injektionen, Wundbehandlung, Magensonde/PEG, Dauerkatheter, Kompressionsverbände, Anus praeter Versorgung) | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| Welcher Art? | | | |
| 6. Ist eine Medikamentengabe erforderlich? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| BITTE MEDIKAMENTENPLAN BEIFÜGEN MIT UNTERSCHRIFT (siehe Anlage) | | | |
| 7. Ist der Patient an Diabetes mellitus erkrankt? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| Ist Diabetiker-Kost erforderlich? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| Anzahl der verordneten BE's | | morgens _____ BE; | mittags _____ BE; abends _____ BE; gesamt _____ BE |
| 8. Welche Kostform soll der Bewohner zu sich nehmen ? | | | |
| 9. Werden z.Zt. Physikalische Therapien, Ergo- oder Logopädie verordnet? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| Welche? | | | |
| 10. Hinweise und Bemerkungen des Arztes(z.B. Marcumarpatient, Herzschrittmacher...) | | | |
| 11. Ist der/die Patient/In gehfähig? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| 12. Ist der/die Patient/In sturzgefährdet? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| 13. Ist der/die Patient/In bettlägerig | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| 14. Liegt eine Inkontinenz vor? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| | | Urin <input type="radio"/> | Stuhl <input type="radio"/> |
| 15. Ist der/die Patient/in | | zeitlich orientiert | nein <input type="radio"/> |
| | | örtlich orientiert | ja <input type="radio"/> |
| | | situativ orientiert | nein <input type="radio"/> |
| | | | ja <input type="radio"/> |
| | | nicht immer | <input type="radio"/> |
| | | nicht immer | <input type="radio"/> |
| | | nicht immer | <input type="radio"/> |
| 16. Liegt eine Suchtkrankheit vor? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| | | Welche? _____ | |
| 17. Neigt der/die Patient/In zum Entweichen? | | nein <input type="radio"/> | ja <input type="radio"/> |
| Ort/Datum: | | Unterschrift/Stempel des Arztes/Ärztin | |

¹ § 36 IfSG (4) Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des §1 Abs.1 oder 1a des Heimgesetzes Haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Ltg. der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind
Stand: Jul 04

