

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

1. Name (mit Geburtsname), Vorname		
3. Wohnung (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	Straße, Hausnummer	
	PLZ, Ort	
4. Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus, Heim, Kurzzeitpflege oder Angehörige)	Name	
	Anschrift	
	Aufnahmetag	Aufnahmegrund
5. Geburtsdaten (beim Geburtsort, Kreis und ggf. auch Land/Staat angeben)	Tag der Geburt	Geburtsort
6. Krankenkasse (o. sonst. Kostenträger für Arzt, Arznei usw.), Pflegestufe		
7. Mitgliedsnummer (der Krankenkasse o. AZ des Behandlungskostenträgers)		

Angaben zum Patienten

gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bettlägerig (ständig)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Harninkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			Stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist Patient fremder Hilfe bedürftig?

beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beim Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
beim Lagern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist Patient orientiert?

örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
zur Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
nachts ruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Gemütsstimmung:	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> verdrießlich	<input type="checkbox"/> aggressiv
Neigung zur Sucht:	<input type="checkbox"/> nein	wenn <input type="checkbox"/> ja, welche:		

Diagnosen mit ICD 10Code
.....
.....
.....
.....

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (Tbc, Hepatitis, MRSA)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
.....		

letzter Tbc-Test:		letzte Tetanusimpfung:	
-------------------	--	------------------------	--

Hinweise des Arztes (z. B. BTM):

Gibt es Störungen bei der Gestaltung des Alltages?

bestehende Dauermedikamente:

PLZ, Ort, Datum	Unterschrift u. Stempel des Arztes