

Ärztlicher Fragebogen



Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme.

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen x, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Vor- und Zuname		geb. am:	
2. Ist Pat. gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Ist Pat. häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	
9. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
10. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
14. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
15. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
17. Körperliche Behinderung(en) – Art -			
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art -			
19. Diagnose			
20. Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc, MRSA, ESBL-Bildner)			
21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			
_____ , den _____			
Stempel und Unterschrift des Arztes: _____			



Ärztliche Bescheinigung

zur Aufnahme in ein Altenpflegeheim gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfGS) s. unten)

Vor ihrer Aufnahme in ein Altenpflegeheim haben die Bewohner der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Name des Bewohners / der Bewohnerin Vorname geb.

PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.

Name, Anschrift der Einrichtung / Stempel

Aufnahmetag

A. Röntgenaufnahme der Lunge vom (Datum): _____
(Nicht älter als 6 Monate vor Heimaufnahme)

Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose sind nicht vorhanden.
Ggf. abweichender Befund:

B. Klinischer Befund am (Datum) _____
(Nicht älter als 6 Monate vor Heimaufnahme)

§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfGS): Personen, die in ein Altenpflegeheim im Sinne des § 1 Abs. 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach Ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei Aufnahme darf die Röntgenaufnahme der Lunge nicht länger als sechs Monate, bei erneuter Aufnahme zwölf Monate zurückliegen.