



## Ärztlicher Fragebogen Heimaufnahme

1. Name des Patienten	
2. Vorname	
3. Geburtsdatum	

4. Diagnose (n) oder aktuellen Arztbrief beifügen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Herzschrittmacher

Dauerkatheter

Anus praeter

Ernährungssonde nasal/PEG

Harninkontinenz

Stuhlinkontinenz

Tracheostoma

Diabetes mellitus

Ulcus crucis

Dekubitus

Grad 1

Grad 2

Grad 3

Grad 4

Nekrosen

ja

nein

Wo: .....

Allergie: .....



5. Sind ansteckende Krankheiten bekannt?

nein                       ja, folgende .....

6. Bestehen Suchtkrankheiten (z. B. Raucher, Alkoholismus, Medikamente etc.)?

nein  
 ja, folgende .....

7. Bestehen funktionelle Einbußen im körperlichen Bereich?

Kontrakturen                       nein                       ja, wo .....

Lähmungen                       nein                       ja, wo .....

Amputationen    nein                       ja, wo .....

8. Werden Hilfsmittel benutzt?

.....  
.....  
.....

9. Orientierungsvermögen	dauernd gestört (X)	zeitweilig gestört (X)
Orientierung zur Person		
Orientierung zu Raum/Ort		
Orientierung zur Situation		
Orientierung zur Zeit		



10. Verhalten	dauernd (X)	zeitweilig (X)
motorische Unruhe		
Depressionen		
Halluzination/Wahn/Zwang		
nächtliche Unruhe		
Weglauftendenz		
Fremdgefährdung/ Aggressivität		

11. Sinneswahrnehmung/Einschränkungen

- motorische Sprachstörung
- sensorische Sprachstörung
- eingeschränktes Sehvermögen
- Brillenträger
- erblindet
- schwerhörig
- Hörgerät
- taub

12. Fremde Hilfe nötig beim:

- Essen/Trinken Kostform .....
- Waschen  Baden  Frisieren/Rasieren
- An-/Auskleiden  Aufstehen/Zubettgehen
- Benutzen der Toilette  Gehen
- Treppensteigen  Rollstuhlfahren

13. Weitere Hinweise und Bemerkungen  
(z. B. Behandlungspflege, Rehabilitationsmaßnahmen...)

.....

.....

.....

.....



14. Ist der Patient medikamentös eingestellt?

nein

ja, welche Medikamente und genaue Dosis

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

(ggf. Medikamentenplan als Anlage beifügen)

15. Wird der Patient von Ihnen im Heim weiterbehandelt?

ja

nein

16. Wer übernimmt nach der Kurzzeitpflege die weitere Pflege?

.....

Wir bitten den ärztlichen Fragebogen im Interesse einer zügigen und problemlosen Aufnahme in unserer Einrichtung schnellstmöglich auszufüllen und an unsere Einrichtung zurück zu faxen, oder den Fragebogen den Angehörigen/ Betreuern zur Weiterleitung mitzugeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes/der Klinik