

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)	Geburtstag	Geburtsort
6.	Krankenkasse (o. sonst. Kostenträger für Arzt, Arznei usw.), Pflegegrad		
7.	Mitgliedsnummer (der Krankenkasse o. AZ des Behandlungskostenträgers)		

Angaben zum Patienten

gehfähig	☐ ja	☐ nein	Treppensteigen möglich	☐ ja	☐ nein
bettlägerig (ständig)	☐ ja	☐ nein	Harninkontinent	☐ ja	☐ nein
			Stuhlinkontinent	☐ ja	☐ nein

Ist Patient fremder Hilfe bedürftig?

beim Essen	☐ ja	☐ nein	beim Waschen	☐ ja	☐ nein
beim Ankleiden	☐ ja	☐ nein	beim Toilettengang	☐ ja	☐ nein
beim Lagern	☐ ja	☐ nein	beim Aufstehen aus dem Bett	☐ ja	☐ nein

Ist Patient orientiert?

örtlich	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
zeitlich	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
zur Person	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
nachts ruhig	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise

Gemütsstimmung:	☐ freundlich	☐ kooperativ	☐ verdrießlich	☐ aggressiv
Neigung zur Sucht:	☐ nein	wenn ☐ ja, welche:		

Diagnosen mit ICD 10Code

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (Tbc, Hepatitis, MRSA)? ☐ ja ☐ 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

--	--