



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

**Bitte vom Arzt ausfüllen lassen und zur Aufnahme mitbringen.
Der Nachweis der ärztlichen Verordnung muss bei der Aufnahme aktuell sein.**

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____

erhält folgende Medikamente (auch Tropfen und Spritzen) Alternativ aktuellen Medikamentenplan beifügen	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

kann folgende Bedarfsmedikamente erhalten (mit Indikationsabgabe)	Bedarfsfall (bitte genaue Beschreibung)	Einzel- dosis	max. Dosis in 24 Std.

Diagnosen (alternativ Ausdruck aus dem Dokumentationssystem)

Ansteckende Krankheiten		
Gibt es Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Liegt eine chronische Hepatitis B- und / oder C-Infektion bzw. Erkrankung vor ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Liegt eine Infektion bzw. Besiedlung mit MRSA vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstige ansteckende Krankheiten:		

Bekanntes Suchtverhalten / Suchterkrankungen

Liegen Dekubiti, sonstige Wunden oder Kontrakturen vor?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____ _____ _____
-------------------------------	---

Liegt eine Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Diäten

Diabetesdiät erforderlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne BE	<input type="checkbox"/> ja, mit ___ BE
Sonstige Diät erforderlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	

muss folgende Behandlungspflege erhalten	Häufigkeit

Benötigt der Patient (m/w/d) Hilfe beim:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient (m/w/d) bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient (m/w/d) zeitlich desorientiert?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt eine physische Störung vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche:		

Körpergewicht:		Körpergröße:	
-----------------------	--	---------------------	--

Besonderheiten, die bei dem Pflegeaufenthalt aus ärztlicher Sicht zu beachten sind (Allergien, Unverträglichkeiten etc.)

Adresse Hausarzt

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Datenschutzhinweis

Die in diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten werden durch die Senioren-Residenz Haus Veronika GmbH zum Zweck der Vorbereitung und Durchführung der Pflege verarbeitet.
Die betroffene Person wird gemäß Art. 14 DSGVO über die Verarbeitung ihrer Daten gesondert informiert.

Ort, Datum

Stempel des Arztes (m/w/d)

Unterschrift des Arztes (m/w/d)