

Eingang am: _____

- Vorgesehen für: Pflegebereich
(DRK - intern) Gerontopsychiatrischer Bereich
 Fachpflegeeinrichtung für Menschen im Wachkoma

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname: _____ 2. Geburtsdatum: _____

3. Anschrift: _____

4. Hauptgründe für die Heimaufnahme? _____

5. Hilfebedarf der/ des Patienten/ in bei

a) Mobilität

	ja	zeitweise	nein
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

b) Körperpflege

	ja	zeitweise	nein
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c) Kleidung

	ja	zeitweise	nein
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

d) Sonstiges

	ja	zeitweise	nein
Toilettengänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

7. Liegt Inkontinenz vor?

	ja	zeitweise	nein	Wenn ja, in welcher Form?
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

8. Sind Ihnen folgende Orientierungsstörungen bei dem/ der Patienten/ in bekannt?

	ja	zeitweise	nein
Zeitliche Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Örtliche Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Persönliche Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situative Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass meine Patientin / mein Patient

Frau / Herr _____

geb. am _____

frei von ansteckenden Krankheiten gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz ist

bzw.

keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden
Lungentuberkulose gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz
vorhanden sind.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes