

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"/>

9. Ist der/ die Patient/ in bettlägerig?       ja                       zeitweise                       nein

10. Liegt nächtliche Unruhe vor?               ja                       zeitweise                       nein

11. Wie ist die Gemütsverfassung? \_\_\_\_\_

12. Besteht eine Suchtkrankheit?               nein  
    ja, welche \_\_\_\_\_

13. Sind psychische Störungen vor-  
handen?                       nein  
    ja, welche \_\_\_\_\_  
   \_\_\_\_\_

14. Besteht eine körperliche Behinderung?     nein  
    ja, welche \_\_\_\_\_  
   \_\_\_\_\_

15. Hat der/ die Patient/ in eine an-  
steckende Krankheit?                       nein  
    ja, welche \_\_\_\_\_

Freivon MRE               ja     nein  
Freivon TBC               ja     nein  
Röntgenaufnahme     ja     nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Ärztliche Diagnosen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Hinweise/ Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden  
Arztes

**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