



Eingang am: _____

**DRK Rostock Wohnen und Pflege gGmbH
Senioren- und Pflegeheime**

- 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Körperpflege

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

c) Kleidung

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

d) Sonstiges

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

6. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

7. Liegt Inkontinenz vor?

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

Wenn ja, in welcher Form?

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

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

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 vorhanden?

- nein
- ja, welche

14. Besteht eine körperliche Behinderung?

- nein
- ja, welche

15. Hat der/ die Patient/ in eine ansteckende Krankheit?

- nein
- ja, welche

- Frei von ESBL ja nein
- Frei von ORSA ja nein
- Frei von MRSA ja nein
- Frei von MRAB ja nein
- Frei von TBC ja nein
- Röntgenaufnahme ja nein

16. Ärztliche Diagnosen:

17. Medikation:

Dosierung

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

18. 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