



Absender / Bezeichnung / Stempel

FAX-Nr. 06744 / 712 – 811

Ärztlicher Fragebogen anlässlich zur Anmeldung einer Heimaufnahme

Vor- und Zuname:	Kranken/Pflegekasse		
Geburtsdatum:	Krankenvers.-Nr.:		
Krankenhausverkürzung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Körpergröße/Gewicht:	Pflegegrad:	

Diagnosen:

Hilfsmittel vorhanden / Welche?

Müssen Hilfsmittel beantragt werden? Welche?

	nein	gelegentlich	häufig	ständig		nein	gelegentlich	häufig	ständig	
Ist der/die Patient/in										
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zur Person orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treten Unruhezustände auf?										
bei Tag:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bei Nacht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt eine Inkontinenz vor?										
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suprapub. Kath.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein								
Drainagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
O²-Gabe	<input type="checkbox"/> ja	_____ Liter/Std.		<input type="checkbox"/> nein						

Bemerkungen/Kommentar:

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Lehnen, Ursula	Christian, Marion	Christian, Marion	Christian, Marion
Datum	21.05.2014	15.12.2016	15.12.2016	15.12.2016

SZWB /
ALLE

Seite 2 von 3

Notwendigkeit der Behandlungspflege? ja nein Wenn ja, welche und angeordnete Maßnahmen:

Notwendigkeit einer Wundversorgung? ja nein Wenn ja, welche und angeordnete Maßnahmen:

Medikation	morgens	mittags	abends	nachts	nachts

Bedarfsmedikation:

Allergien ja nein Wenn ja welche?

Bestehen ansteckende Krankheiten z. B. TBC, MRSA, Hepatitis? (Bitte genau bezeichnen) Liegt ein ärztl. Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?

ja nein Wenn ja, welche und angeordnete

Maßnahmen:

Ist der/die Patient/in Dauerausscheider? ja nein

Besteht eine Suchtkrankheit? ja nein

Maßnahme: Wenn ja, welche und aktuelle

Bestehen besondere Diäten/ Schonkost? ja nein Wenn ja welche?

Hat der/die Patient/in Kau- Schluckstörungen? ja nein

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt? ja nein

Wenn ja welche?

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Lehnen, Ursula	Christian, Marion	Christian, Marion	Christian, Marion
Datum	21.05.2014	15.12.2016	15.12.2016	15.12.2016



SZWB /
ALLE

Seite 3 von 3

Liegen psychische Erkrankungen vor? ja nein
Besteht eine dementielle Grunderkrankung? ja nein
Wenn ja, welche, welcher Art und Progressivität?

Ist der/die Patientin einwilligungsfähig? ja nein

Ist eine Betreuung notwendig? ja nein
Ist eine Betreuung beantragt? ja nein

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Besonderheiten/Hinweise des Arztes:

Datum:

Unterschrift des Arztes:

	Erstellung	Änderung	Prüfung	Freigabe
Name	Lehnen, Ursula	Christian, Marion	Christian, Marion	Christian, Marion
Datum	21.05.2014	15.12.2016	15.12.2016	15.12.2016