

Haus Einetal GmbH
Wohnheim
Anhaltiner Weg 115
06493 Harzgerode OT Schielo

Ärztlicher Fragebogen

(Bitte in Blockschrift durch den Arzt ausfüllen lassen!)

Personalien des Patienten:

Familiename / Vorname (ggf. Geburtsname)	
Geburtsort/-datum:	

Gesundheitszustand des Patienten:

Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>
Besteht eine Suchtkrankheit? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>
Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, Hepatitis, HIV, MRSA, ORSA)? Wenn ja, bitte genau bezeichnen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <hr/>
Liegt ein ärztliches Attest nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor? (Bitte Kopie des Attests mit Datum und Unterschrift des Arztes beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Achtung: Ohne aktuelles Attest kann eine Heimaufnahme nicht erfolgen!

Persönlichkeit des Patienten:

Kurze Beschreibung der Persönlichkeit und Stimmung des Patienten (z.B. Charakter, Gewohnheiten, Temperament, Besonderheiten, Gemütsstimmung)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	-------------------------

Medikation:

Medikation	Morgens	Mittags	Abends	Nacht
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Ärztlicher Befund:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Hinweise / Bemerkungen:

<hr/> <hr/>

Körperliche Pflegebedürftigkeit:

Benötigt der Patient eine Diät?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja welche?	_____
Ist er Bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Hilfen beim Transfer benötigt? Wenn Ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Ist er Träger eines Dauerkatheters?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht Inkontinenz? Form der Inkontinenz / Dauerkatheter:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____

Psychisches Befinden des Patienten:

Zeitliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Örtliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Persönliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Situative Desorientierung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen psychische Störungen? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____

Ort, Datum: _____

 Stempel und Unterschrift des Arztes