

Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

Personendaten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hausarzt

Name _____

Fachärzte

Name _____

Ärztliche Diagnosen

Allergien

Ausweis vorhanden ja nein

Epilepsie

ja nein

Bemerkungen _____

Letzter Anfall _____

Impfungen

- Aufklärung über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen durchgeführt
- Impfschutz ist vorhanden
- Impfpass ist vorhanden

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
	QMB	01	20.06.2018	Seite 1 von 5

InfektionserkrankungenHepatitis ja nein Typ_____MRGN ja nein Typ/Einteilung_____

Bemerkungen_____

HIV ja nein Bemerkungen_____**Andere Infektionserkrankungen**

Wenn ja, welche?_____

Bestätigung nach § 36 Abs. 4 InfektionsschutzgesetzLungen-TBC liegt vor liegt nicht vorIsolierung notwendig ja nein weitere Maßnahmen_____**Suchtkrankheit** liegt vor liegt nicht vor

Wenn ja, welche?_____

Gegenwärtige Medikation (ggf. Verordnungsblatt anfügen)

Patientenausweise vorhandenMarcumar ja neinHerzschrittmacher ja nein

Andere_____

Klinikaufenthalte ja nein

Wenn ja, wann?_____

Diagnosen_____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
	QMB	01	20.06.2018	Seite 2 von 5

Unfälle und Stürze mit medizinischer Behandlung in den letzten fünf Jahren ja nein

Wenn ja, welche? _____

Befunde (evtl. Kopie)

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Ernährung

Ernährungszustand BMI _____

Normalkost ja

Sonderkostform (z.B. Diät) ja welche? _____ wegen _____

ja welche? _____ wegen _____

ja welche? _____ wegen _____

Sondenernährung ja welche? _____ wegen _____

PEG-Anlage seit _____

Sehfähigkeit rechts normal eingeschränkt sehbehindert blind

Links normal eingeschränkt sehbehindert blind

Ursache _____

Sehhilfe ja nein lehnt Sehhilfe ab

Hörfähigkeit rechts normal eingeschränkt schwerhörig taub

Benutzung Hörgerät ja nein lehnt Hörgerät ab

links normal eingeschränkt schwerhörig taub

Benutzung Hörgerät ja nein lehnt Hörgerät ab

Sprechvermögen normal eingeschränkt nicht vorhanden

äußert sich wie folgt _____

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
	QMB	01	20.06.2018	Seite 3 von 5

Bewegungsfähigkeit normal eingeschränkt

Ursache _____

Funktion der Arme normal eingeschränkt Lähmung Deformierung Kontraktur

Funktion der Hände normal eingeschränkt Lähmung Deformierung Kontraktur

Funktion der Beine normal eingeschränkt Lähmung Deformierung Kontraktur

Funktion der Füße normal eingeschränkt Lähmung Deformierung Kontraktur

Wirbelsäule normal Veränderungen welche? _____

Amputation ja nein wenn ja, wo? _____

Prothesen ja nein wenn ja, welche? _____

Weitere Hilfsmittel ja nein wenn ja, welche? _____

Inkontinenz ja nein

Harn zeitweise dauernd Inkorezept

Stuhl zeitweise dauernd

Harnableitung Bezeichnung _____

Stomaversorgung Lokalisation _____

Schmerzen ja nein

Art _____

Lokalisation _____

Wunden ja nein

Art _____

Lokalisation _____

Angaben zur Orientierung uneingeschränkt eingeschränkt desorientiert

zur Person

zur Zeit

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
	QMB	01	20.06.2018	Seite 4 von 5

zum Ort

zur aktuellen Situation

Angaben zum Verhalten

ausgeglichen introvertiert depressiv

tags unruhig nachts unruhig Weglauftendenz

Selbstgefährdung Fremdgefährdung Wahnvorstellungen

Medizinische Versorgung und Therapie

(wie z.B. Anus praeter, PEG, Tracheostoma, Port, Beatmung)

Ergänzungen

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
	QMB	01	20.06.2018	Seite 5 von 5