

**Ärztlicher Fragebogen**  
**anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme**

Name _____	Vorname(n) _____	Geburtsdatum _____
Straße _____	PLZ Wohnort _____	Name der Krankenkasse, falls z.Zt. stationär _____

Diagnosen und somatische und psychiatrische Erkrankungen, die die Selbstständigkeit so weit einschränken, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt:

ICD-10 Code	Diagnose

Besondere Hinweise:

- Sauerstoffkonzentrator / O<sub>2</sub>-Gabe
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Implantate: \_\_\_\_\_

- |                |                          |                    |
|----------------|--------------------------|--------------------|
| Kontrakturen   | <input type="checkbox"/> | Lokalisation _____ |
| Dekubitus      | <input type="checkbox"/> | Lokalisation _____ |
| Weitere Wunden | <input type="checkbox"/> | Lokalisation _____ |
| Lähmungen      | <input type="checkbox"/> | Lokalisation _____ |

ALLTAGSKOMPETENZ			
<b>Pflegerelevante Störungen in folgenden Bereichen:</b>			
Sehvermögen <input type="checkbox"/>	Tag-/Nachtrhythmus <input type="checkbox"/>	Psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/>	Desorientierung <input type="checkbox"/>
Hörvermögen <input type="checkbox"/>	Kooperationsbereitschaft <input type="checkbox"/>	Selbst-Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>	zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/>
Sprachvermögen <input type="checkbox"/>	Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/>	Weglauff Tendenz <input type="checkbox"/>	Situativ <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/>

Gefährliche Eigenschaften   
 Welche? \_\_\_\_\_

**Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich (z. B. Bettgitter)?** ja nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Suchterkrankungen**

- Alkohol, ICD-10 Code: \_\_\_\_\_
- Medikamente
- Nikotin
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Ist eine stationäre Rehabilitation geplant?**ja nein**Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (BSeuchG)?**ja nein**Vorliegen von:**

- MRSA / ESBL
- TBC
- Covid19
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Impfungen:****Ist eine Aufnahme ins Heim unbedenklich?**

- ja
- nein, Begründung: .....

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel Hausarzt/-ärztin  
Unterschrift Klinikarzt/-ärztin und Unterschrift Pflegekraft (falls  
Patient/in zZt.im Krankenhaus)