

Diakonie-Sozialstation „St.Elisabeth“ gGmbH  
 Haus Zum guten Hirten – Pflegeheim  
 Haßlocher Straße 10  
 99189 Gebesee  
 Tel.: 036201/3917-0  
 Fax: 036201/3917-104

### Ärztlicher Fragebogen

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme.

<b>Name</b>			
<b>Vorname(n)</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Ist der Patient gehfähig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Treppensteigen möglich?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Ist der Patient häufig bettlägerig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Ständig bettlägerig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Beherrschung des Stuhlganges?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Beherrschung des Urinabganges?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Fremder Hilfe bedürftig?</b>	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen	<input type="checkbox"/> bei	
<b>Örtlich Orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer
<b>Zeitlich Orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer
<b>Nachts ruhig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer
<b>Gemütsstimmung?</b>	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
<b>Gefährliche Eigenschaften?</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
<b>Suchtkrankheit?</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
<b>Körperliche Behinderung(en) – Art –</b>	_____		
<b>Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art –</b>	_____		

<b>Diagnosen:</b>	_____
	_____
	_____

**Aktuelle Medikation:**

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Bei Bedarf
<b>Besonderheiten bei der Medikamentengabe bzw. – einnahme:</b>					

**Vorliegen besonderer Krankheiten**

**Kunde ist versorgt mit**

<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C <input type="checkbox"/> chronische Wunden <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Kriegsverletzungen <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Dialysepflicht <input type="checkbox"/> Sonstiges .....	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> PEG- Anlage <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Shunt <input type="checkbox"/> Blasenverweilkatheter <input type="checkbox"/> Cystofix <input type="checkbox"/> Sonstiges .....
---	--

**Letzte Tetanusimpfung:** ..... / **Pneumokokkenschutzimpfung:** .....

**Ärztliches Zeugnis**

Es wird bescheinigt, dass es keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose gemäß § 36 Abs. 4 IFSG gibt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

**Sonstiges:**


.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift und Stempel des Arztes**