

Bayerisches Rotes Kreuz  Kreisverband Forchheim Seniorenzentrum am Königsbad Pflegeheim Forchheim	Qualitätsmanagement – Handbuch	Formulare Ärztlicher Fragebogen
	Organisation Einzug	

Ärztlicher Fragebogen
 (anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug)

Tel: 09191 - 61698 - 0
Fax: 09191 - 61698-14

Bitte dringend leserlich ausgefüllt zurück! →

Persönliche Angaben

Vorname (n):	Name:
Pflegegrad:	Geburtsdatum:

Hilfebedarf - benötigt der / die Patient / in Hilfe beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen					Transfer				
Essen					Toilettengang				
Körperpflege					Bettlägrig				
Ankleiden									

Orientierungsvermögen und Verhalten

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich desorientiert				
örtlich desorientiert				
Zur Person desorientiert				
situativ desorientiert				
Treten nachts Unruhezustände auf				
Weglauftendenz				
Halluzinationen				
Depressionen				
Fremdaggressivität				

Inkontinenz – liegt Inkontinenz vor

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Harninkontinenz				
Stuhlinkontinenz				

Blasenkatheder ja nein
 Stoma ja nein
 Ernährungssonde ja nein

Sauerstoffversorgung ja nein

Besteht eine Suchtkrankheit? ja nein

Wenn ja , welche?

Besteht eine körperliche Behinderung? ja nein

Wenn ja, welcher Art?

Liegen psychische Störungen vor? ja nein

Wenn ja, welcher Art?

Aktualisiert : EL	Freigegeben EL	Version 1.0	Seite	1/2
	Pangeni		Stand 23.02.2022	

Bayerisches Rotes Kreuz  Kreisverband Forchheim Seniorenzentrum am Königsbad Pflegeheim Forchheim	Qualitätsmanagement – Handbuch	Formulare
	Organisation Einzug	Ärztlicher Fragebogen

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen);

Liegt ein ärztliches Zeugnis nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor? ja nein

Wenn ja, welche?

Infektionskrankheiten

ORSA	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Lokalisation:	letzte Untersuchung am:
MRSA	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Lokalisation:	letzte Untersuchung am:
Sonstiges	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn JA -Bitte Diagnose unten eintragen. Letzte Untersuchung am:	

Diagnosen

Ist eine Palliative Versorgung Notwendig? ja nein

Ist eine Fixierung notwendig? ja nein richterlicher Beschluss vorhanden?

Covid-19 Impfung ja (1,2, Booster?) _____ nein

Bitte unbedingt aktuellen Medikamentenplan beifügen!!!!

Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person!

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Aktualisiert : EL	Freigegeben EL	Version 1.0	Seite	2/2
	Pangeni		Stand 23.02.2022	