

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Seite
1 von 2

1. Personalien

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Größe:..... Gewicht:.....

Bisherige Adresse:.....

.....

2. Diagnosen:.....

.....

.....

.....

3. Verordnete Medikamente:

Medikament:	mo.	mi.	ab.	na.

4. Ermittlung des Hilfebedarfs

Besteht Inkontinenz? ja nein

Stuhl

Urin

Besteht Desorientiertheit ? ja nein

zeitlich

örtlich

persönlich

situativ

Besteht nächtliche Unruhe?

Besteht Weglauftendenz?

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ist eine Betreuung beantragt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist eine Betreuung eingerichtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind freiheitsentziehende Maßnahmen einschließlich der Verabreichung von Psychopharmaka notwendig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Liegt ein richterlicher Beschluss vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Besteht eine ansteckende Krankheit lt. Infektionsschutzgesetz (z.B. TBC)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche?
.....

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Bestehen psychische Störungen, Suchterkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche?.....

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Besteht ein Dekubitus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, Lokalisation/ Größe/ Grad:

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bestehen Hauterkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche?

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

.....

5. Begründung der Heimpflegebedürftigkeit (Bitte mindestens eine Möglichkeit ankreuzen!)

Ich erkläre, dass bei meinem Patienten/ meiner Patientin Heimpflegebedürftigkeit besteht, weil

- eine Pflegeperson fehlt
- die Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen fehlt
- eine Überforderung der Pflegepersonen droht oder bereits eingetreten ist
- die Verwahrlosung droht oder bereits eingetreten ist
- eine Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist
- die räumlichen Gegebenheiten der Wohnung keine häusliche Pflege ermöglichen

Ort, Datum

Unterschrift u. Stempel des Arztes