

# Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in die vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder Tagespflege



## Sozialdienst

Tel.: 03731 794-794 | Fax: 03731 794-619 | E-Mail: sozialdienst@seniorenheime-freiberg.de

<b>Haus Johanna Rau</b> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>	<b>Haus Elisabeth</b> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>   Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	<b>Haus Johannishof</b> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>   Tagespflege <input type="checkbox"/>
--	---	--

Zutreffendes bitte ankreuzen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Krankenkasse, Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Vorsorgebevollmächtigte/r, Betreuer, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Körperlicher Zustand/Erkrankungen

Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo: _____
Kontraktur(en)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo: _____
Lähmung(en)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo: _____
Wunde(n)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo: _____

### Infektionen

IfSG § 36 Abs. 4

Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Scabies	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
MRE	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:	_____	
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche:	_____	

### Allergien

nein  ja welche: \_\_\_\_\_

### Suchterkrankungen

nein  ja welche: \_\_\_\_\_

### Psychische Erkrankungen

nein  ja welche: \_\_\_\_\_

### Impfstatus

aktuell  nein: \_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung \_\_\_\_\_

### Diagnosen (ICD 10 Code) und Befunde (ggf. separate Aufstellung beifügen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sondenernährung

nein       ja      Art/Nahrung \_\_\_\_\_

Schluckstörungen

nein       ja

Ausscheidung

	nein	ja		
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blasenverweilkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	liegt seit: _____	suprapub. <input type="checkbox"/> transurethral <input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anus praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neigt zu		<input type="checkbox"/>	Obstipation	<input type="checkbox"/> Diarrhöe

**Medikation/Bedarfsmedikation**

(Bitte den Bundeseinheitlichen Medikationsplan oder ggf. separate Aufstellung beifügen)

---

---

---

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift und Stempel des Arztes*

**Ggf. anfallende Gebühren für das Ausfüllen des ärztlichen Fragebogens trägt die Patientin/der Patient.**