

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Einzug /
Kurzzeitpflege / Tagespflege / Nachtpflege
Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Nachname: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____ **Straße:** _____

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
Gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppensteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ankleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frisieren/Rasieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufstehen (aus dem Bett)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zu Bett gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benutzen der Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/> Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz
Liegt ein Katheter?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Indikation:	

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

Liegen Anzeichen einer **ansteckenden Lungentuberkulose** gem. §36(4) IfSG vor? **Nein** **JA**

Hat der Patient **andere ansteckende Krankheiten** z.B. Hepatitis, MRE, HIV, Corona? **Nein** **JA**

Wenn ja, welche liegen vor: _____

Liegen **Suchterkrankungen** vor? **Nein** **JA**

Wenn ja, welche liegen vor: _____

Bitte legen Sie einen aktuellen Diagnosen- sowie Medikamentenplan mit Datum, Stempel und Unterschrift diesem Bogen bei.

Liegt eine ärztlich verordnete Kostform/Diät vor? (wenn ja, welcher Art?)

Liegen Allergien oder Unverträglichkeiten vor? **Nein** **Ja** Wenn ja, welche liegen vor:

Hinweise / Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort: _____ Datum: _____

Alten- und Pflegeheim
Hedwig-Fichtel-Straße 8
97616 Bad Neustadt
Tel. 09771/6234-0
Fax 09771/6234-56

www.altenheim-badneustadt.brk.de

- Anmeldung zum Einzug**
- Anmeldung zur Kurzzeitpflege**
- Anmeldung zur Tagespflege**
- Anmeldung zur Nachtpflege**

(Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen
einsenden!)

Bereich: Allgemein Beschützend

Einzug / Beginn Tagespflege am: _____ Wohnbereich: _____ Zimmer: _____

Als Tagesgast an den Tagen: Mo Di Mi Do Fr Sa So ganztags halbtags

Als Nachtpflegegast an den Tagen: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Nachname: _____

Vorname(n): - Rufnamen bitte unterstreichen -: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____ **Straße:** _____ **Telefon:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____ **Geburtsname:** _____

Familienstand: _____ **Tag der Eheschließung:** _____

Nationalität: _____ **Konfession:** _____ **ehemaliger Beruf:** _____

Kinder (Anzahl): _____

Angehörige: wie verwandt: _____ Vor- und Zuname: _____
 Bevollmächtigter
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Email: _____

Angehörige: wie verwandt: _____ Vor- und Zuname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Email: _____

Gerichtlich bestellter Betreuer: Vor- und Zuname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Email: _____

Krankenkasse: _____ **Vers.-Nr.:** _____

Pflegegrad: 2 3 4 5 - ohne beantragt 1

Hausarzt:(Name) _____ **Anschrift:** _____

Derzeitiger Aufenthaltsort (Zurzeit in welchem Krankenhaus, Heim oder Einrichtung?)

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand):

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EURO:

Kostenträger: (Zutreffendes bitte ankreuzen X) Die Kosten werden aufgebracht durch:

- dass oben angeführte monatliche Einkommen.
- Leistungen der Pflegeversicherung
- Zuzahlung aus Barvermögen
- Das zuständige Sozialamt*: in _____

*) Die Kostenverpflichtungserklärung: - liegt bei - folgt in den nächsten Tagen - muss noch beantragt werden - ist beantragt am: _____

Gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Doppelzimmer ab: _____

Diät notwendig? Welche? Warum?

Frühere Unterbringungen: in einem Heim, einer Klinik oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchen Gründen dort ausgeschieden?

Aus welchen Gründen wird jetzt der Einzug ins Pflegeheim gewünscht?

Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? Name und genaue Anschrift mit Telefon:

Wodurch wurden Sie auf unser Haus aufmerksam? (Empfehlung, Tag der offenen Tür, Bewohner o.ä.)

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllt Fragebogen liegt bei.

_____, den _____ Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

Interne Vermerke: Informations- und Aufklärungsgespräch durchgeführt am:	durch: