

Ärztlicher Fragebogen

Anmeldung zur Aufnahme

Kurzzeitpflege

Langzeitpflege

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Geburtsname:	
1. Diagnosen des/r Patient/in:	
2. Ist der/die Patient/in nach § 36(4) IfSG frei von ansteckungsfähigen TBC ¹⁷	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
2a. Liegen zurzeit andere ansteckende Erkrankungen vor? Welche? _____	
2b. Ist der/die Patient/in MRSA positiv?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
3. Ist derzeit eine Allergie bekannt?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Welche? _____	
4. Ist derzeit ein Anfallsleiden bekannt?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
5. Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich? (z.B. Injektionen, Wundbehandlung, Magensonden/PEG, Dauerkatheter usw.)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Welcher Art? _____	
6. Ist eine Medikamentengabe erforderlich?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Bitte Medikamentenplan, aus Anlage, Unterschrieben beifügen!	
7. Ist der Patient an Diabetes mellitus erkrankt?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Ist Diabetikerkost erforderlich?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Anzahl der verordneten BE's morgens ____BE; mittags ____BE; abends ____BE; gesamt ____BE	
8. Welche Kostform soll der Bewohner zu sich nehmen?	
9. Werden z.Zt. Physikalische Therapien, Ergo- oder Logopädie verordnet?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
10. Hinweise und Bemerkungen des Arztes (z.B. Marcumpatient, Herzschrittmacher)	
11. Ist der/die Patient/in geh. fähig?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
12. Ist der/die Patient/in sturzgefährdet?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
13. Ist der/die Patient/in bettlägerig?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
14. Liegt eine Inkontinenz vor?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Urin <input type="radio"/> Stuhl <input type="radio"/>
15. Ist der/die Patient/in zeitlich orientiert	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> nicht immer <input type="radio"/>
örtlich orientiert	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> nicht immer <input type="radio"/>
Situativ orientiert	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> nicht immer <input type="radio"/>
16. Liegt eine Suchtkrankheit vor?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Welche? _____	
17. Neigt der/die Patient/in zum Entweichen?	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Ort/Datum:	Unterschrift/Stempel des Arztes/ der Ärztin

Ihre Ansprechpartner: Heiko Reinert
 Telefon: 0261/64 07 182
 Telefax: 0261/64 07 151
 E-Mail: h.reinert@seniorenheim-st-josef.de

Generationenzentrum St. Josef/Seniorenheim St. Josef
 Beuelsweg 10
 56179 Vallendar

§ 36 IfSG (4) Personen, die in einem Altenheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des §1 Abs. 1 oder 1a des Heimgesetzes..... Haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Ltg. Der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden ist.

Ihre Ansprechpartner: Heiko Reinert
Telefon: 0261/64 07 182
Telefax: 0261/64 07 151
E-Mail: h.reinert@seniorenheim-st-josef.de

Generationenzentrum St. Josef/Seniorenheim St.
Josef
Beuelsweg 10
56179 Vallendar