

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____, den ausfüllenden Arzt von seiner Schweigepflicht.

Der ärztliche Fragebogen darf ausgefüllt und die geforderten Unterlagen ausgehändigt werden.

Datum der Schweigepflichtsentbindung: _____

Name des Bevollmächtigten/Patienten: _____

Unterschrift des Bevollmächtigten/Patienten: _____

Angaben zu Ihrer Person (behandelnder Arzt)

Name: _____

Vorname: _____

Fachgebiet: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Ort: _____

PLZ: _____

Angaben zum Patienten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5

KV-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Ist der Patient von Zuzahlungen befreit? Nein Ja

Orientierung:

zeitlich desorientiert Nein Gelegentlich Häufig Ständig

örtlich desorientiert Nein Gelegentlich Häufig Ständig

persönlich desorientiert Nein Gelegentlich Häufig Ständig

situativ desorientiert Nein Gelegentlich Häufig Ständig

Fehlhandlungen: Nein Gelegentlich Häufig Ständig

welche: _____

Aggressives Verhalten: Nein Gelegentlich Häufig Ständig

welches: verbal aggressiv gegen Mitmenschen autoaggressiv

Ausscheidung

Stuhlinkontinenz Nein Gelegentlich Häufig Ständig
Harninkontinenz Nein Gelegentlich Häufig Ständig
Dauerkatheter Nein Ja Größe: _____ CH letzter Wechsel: _____
Stomaanlage Urostoma Kolostoma Ileostoma

Suchterkrankung

Nein Ja → welche: Nikotin Alkohol BTM Drogen

Körperliche Behinderungen

Nein Ja → welche: _____

Ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, HIV, MRE, ...)

Nein Ja → welche: _____

Impfstatus

Impfung	zuletzt geimpft am:
Tetanus	_____
Diphtherie	_____
Pertussis	_____
Pneumokokken	_____
Poliomyelitis	_____
Herpes zoster	_____
Influenza	_____
FSME	_____

Der Impfstatus sollte bei Heimaufnahme vollständig und wenn nötig aufgefrischt sein!

Patient lehnt folgende Impfungen ab:

Sonstiges

PEG/PEJ-Sonde Anlagedatum: _____
 Nasensonde Anlagedatum: _____
 Tracheostoma Anlagedatum: _____ ohne O₂-Gabe mit O₂-Gabe
 Sauerstoffverabreichung Nein Ja

Aktuell notwendige Hilfsmittel

Zahnprothese oben unten
 Kompressionsstrümpfe Kompressionsverband bis Knie bis Oberschenkel
 Rollstuhl Gehbank Stock Faltrollstuhl Pflegerollstuhl
 Hörgeräte links rechts
 Prothese wo: _____
 Orthese wo: _____
 Brille Kontaktlinsen Lesegerät
 Sauerstoffkonzentrator Flüssigsauerstofftank
 Sonstiges was: _____

Behandelnde Fachärzte

<input type="checkbox"/> FA f. Innere	Name: _____	Ort: _____
<input type="checkbox"/> FA f. Gynäkologie	Name: _____	Ort: _____
<input type="checkbox"/> FA f. Urologie	Name: _____	Ort: _____
<input type="checkbox"/> FA f. Psychiatrie	Name: _____	Ort: _____
<input type="checkbox"/> FA f. Neurologie	Name: _____	Ort: _____
<input type="checkbox"/> FA f. Dermatologie	Name: _____	Ort: _____
<input type="checkbox"/> _____	Name: _____	Ort: _____

Wichtige Hinweise zum Patienten

Ich übernehme die Weiterbehandlung meines Patienten in der Pflegeeinrichtung.

Ja Mein Patient wird an einen ortsansässigen Arzt überwiesen.

Einer Aufnahme in das Großharthauer Seniorenhäus'l steht, aus ärztlicher Sicht, nichts entgegen.

Ja Nein → Begründung: _____

Bitte folgende Dokumente dem Fragebogen beilegen:

- Aktueller und vollständiger Medikationsplan (auch Facharztmedikationen)
- Ärztliche Diagnosen des Patienten
- Wenn gewünscht, eine Überweisung zu einem ortsansässigen Allgemeinmediziner

Datum

Stempel

Unterschrift Arzt