

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme aus der Häuslichkeit

Formular



Kreisverband
Magdeburg e.V.

Ich entbinde meine*n behandelnde*n Ärztin*Arzt gegenüber dem Altenpflegeheim „Haus Krähenstieg“ von seiner Schweigepflicht. Die für meine Pflege und Versorgung relevanten medizinischen Daten in Form des ärztl. Erhebungsbogens, Übermittlung vorhandener ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen sollen dem „Haus Krähenstieg“ zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag auf Heimaufnahme erforderlich sind.

Datum, Unterschrift der*des Versicherten/der*des gesetzlich bestellten Betreuerin*Betreuers

1. Angaben zur Person

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße/Hausnummer:	PLZ Wohnort:
Krankenkasse:	
Krankenversicherungsnummer:	

2. Name und Anschrift der Hausärztin* des Hausarztes

--

3. Pflegerelevante Diagnosen

ICD	Diagnose	seit

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme aus der Häuslichkeit

Formular



Kreisverband
Magdeburg e.V.

4. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC, MRSA gemäß §34 Infektionsschutzgesetz (IfSG)? (bitte genau bezeichnen)

5. Wie ist die Gemütsstimmung / seelische Verfassung?

6. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche?)

7. Bestehen Allergien bzw. Unverträglichkeiten? (Wenn ja, welche?)

8. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Bedarf	Bemerkung

9. Notwendiger Hilfebedarf (zutreffendes bitte ankreuzen)

	selbstständig	teilweise	vollständig
Körperpflege:			
Mobilität:			
Ernährung:			
Orientierung:			

Bemerkungen:

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme aus der Häuslichkeit

Formular



Kreisverband
Magdeburg e.V.

10. Besonderheiten in der Pflege?

	ja	nein
Stuhlinkontinenz / Stoma		
Harninkontinenz / Blasenkatheter		
Decubiti		
Kontrakturen		
Tracheostoma		
Sauerstoffgabe		
Ist eine Diät erforderlich?		

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin * des Arztes