

**Ärztlicher Fragebogen**

Anlage zu OA Heimaufnahme



Evang. Pflegezentrum Ebenhausen  
 Gerhart -Hauptmann- Weg 10  
 82067 Ebenhausen  
 08178/93 01 - 0  
 08178/93 01 - 18  
 epz-ebenhausen@diakonie-muc-obb.de

Zur Information an den Hausarzt:  
 Dieser Fragebogen dient der ersten Einschätzung des derzeitigen Gesundheitszustandes Ihres Patienten anlässlich des geplanten Einzugs in das oben genannte Alten- und Pflegeheim.  
 Alle Angaben werden unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen behandelt.

Name des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Telefonnummer und Faxnummer des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

1. Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Körpergröße des Patienten: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**3. Empfohlene Unterbringung / Versorgung**

Patient sollte aufgenommen werden im

- Rüstigenbereich  Pflegebereich  Gerontopsychiatrischer Bereich  Kurzzeitpflege

**4. Besondere pflegerelevante Gegebenheiten und Erkrankungen**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Häufige Bettlägerigkeit  | <input type="checkbox"/> Psychose                          | <input type="checkbox"/> Apoplex           |
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Depression                        | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit  | <input type="checkbox"/> Suizidgefahr                      | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz          | <input type="checkbox"/> Alkoholabusus                     | <input type="checkbox"/> Epilepsie         |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz         | <input type="checkbox"/> Medikamentabusus                  | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson  |
|   | <input type="checkbox"/> Allergie(n), Unverträglichkeiten: |  |

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PEG                             | <input type="checkbox"/> Eigengefährdung             | <input type="checkbox"/> Beatmungspflicht  |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter (Puffi) | <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung             | <input type="checkbox"/> Tracheostoma      |
| <input type="checkbox"/> Transurethraler Katheter        | <input type="checkbox"/> zeitliche Desorientierung   | <input type="checkbox"/> Port              |
| <input type="checkbox"/> Anus praeter                    | <input type="checkbox"/> örtliche Desorientierung    | <input type="checkbox"/> FEM erforderlich: |
|  | <input type="checkbox"/> situative Desorientierung   | _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus / Dekubitalulcera:    | <input type="checkbox"/> persönliche Desorientierung |  |
| _____  | <input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen  | <input type="checkbox"/> Sonstiges:        |
|  | <input type="checkbox"/> Demenz                      | _____                                      |
|  | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz              |  |
|  | <input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe           | _____                                      |

**5. Behinderungen, Lähmungen, Versteifungen, Amputationen**

- |   |                                      |                        |                                |
|---|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| <b>Lähmungen:</b>                                 | <b>Versteifungen:</b>                | <b>Amputation(en):</b> | <b>Sonstige Behinderungen:</b> |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung rechts | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |                        |                                |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung links  | <input type="checkbox"/> Hüfte       |                        |                                |
| <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung      | <input type="checkbox"/> Knie        |                        |                                |
|   | <input type="checkbox"/> Fuß         |                        |                                |

**6. An Hilfsmitteln werden benötigt:**

erstellt am: 27. Februar 2019	geändert am: 05. April 2022	freigegeben am: 05. April 2022	Version: 3
erstellt von: PÜL-Runde	geändert von: Wilfried Bogner, Claudia Wieninger	freigegeben von: PÜL-Runde	Seite 1 von 2

- Gehstock                       Rollator                       Rollstuhl                       Wechseldruckmatratze  
 O2-Konzentrator               Absauggerät                       Für FEM:  
 Sonstige:

**7. Hilfe ist nötig...**

- Bei der Nahrungsaufnahme               Bei der Körperpflege               Bei der Mobilität  
 Bei \_\_\_\_\_

**8. Letzte stationäre Behandlung**

- Krankenhaus                       Gerontopsychiatrische Einrichtung                       REHA- Klinik  
 Datum: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_  
 Grund: \_\_\_\_\_

**9. Aktuelle Diagnose(n) laut ICD 10 (Angabe bitte in Wortlaut und Codenummer(n))**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Aktuelle medikamentöse Therapie**

Medikamente / Injektionen	Dosierung

**11. Nachweis über ansteckungsfähige Erkrankungen gemäß § 36 Abs. 4 IfSG**

11.1  Beim Patienten liegen **derzeit keine Anhaltspunkte** für das Vorliegen oben benannter ansteckungsfähiger Erkrankungen vor.

11.2  **Beim Patienten liegen derzeit Anhaltspunkte für folgende Erkrankungen vor:**

- Ansteckungsfähige Lungentuberkulose                       MRSA / MRGN / ESBL  
 Hepatitis B / C     HIV / AIDS  
 Sonstiges

11.3  **Der Patient wurde gegen SARS-CoV-2 geimpft**

1. Impfung am \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_
2. Impfung am \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_
3. Impfung am \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_
4. Impfung am \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_

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

Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_