

# Ärztlicher Fragebogen zum Antrag zur Heimaufnahme

1.	<b>Name</b> (ggf. Geburtsname), <b>Vorname</b>		
3.	<b>Wohnung</b> (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	Straße, Hausnummer	
		PLZ, Ort	
4.	<b>Derzeitiger Aufenthaltsort</b> (Krankenhaus, Heim, Kurzzeitpflege oder Angehörige)	Name	
		Anschrift	
		Aufnahmetag	Aufnahmegrund
5.	<b>Geburtsdaten</b> (beim Geburtsort, Kreis und ggf. auch Land/Staat angeben)	Tag der Geburt	Geburtsort
6.	<b>Krankenkasse</b> (o. sonst. Kostenträger für Arzt, Arznei usw.), <b>Pflegegrad</b>		
7.	<b>Mitgliedsnummer</b> (der Krankenkasse o. AZ des Behandlungskostenträgers)		

## Angaben zum Patienten

gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bettlägerig (ständig)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	inkontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Ist Patient fremder Hilfe bedürftig?

beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beim Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
beim Lagern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## Ist Patient orientiert?

örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
zur Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
nachts ruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Gemütsstimmung:	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> verdrießlich	<input type="checkbox"/> aggressiv
Neigung zur Sucht:	<input type="checkbox"/> nein	wenn <input type="checkbox"/> ja, welche:		

bestehende Dauermedikamente:	

Geistige und seelische Behinderung oder Störung:	

Diagnosen mit ICD 10Code:	

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (Tbc, Hepatitis, u. ä., s. Rückseite)?	
--	--

letzter Tbc-Test:		letzte Tetanusimpfung:		Coronaschutzimpfung wann?	
-------------------	--	------------------------	--	---------------------------	--

Hinweise des Arztes (z. B. BTM):	

PLZ, Ort, Datum	Unterschrift u. Stempel des Arztes
-----------------	------------------------------------