



## Ärztlicher Fragebogen

### Bericht zur Heimaufnahme

ggf. zur Vorlage beim Medizinischen  
Dienst der Krankenkassen

- vollstationäre Pflege und Betreuung für
- pflegebedürftige Menschen
  - Menschen mit Demenz
  - sonstiges: \_\_\_\_\_

- Kurzzeitpflege

### Persönliche Daten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsname
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort	derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus usw.)
_____	_____	_____
Postleitzahl	Wohnort	Strasse, Hausnummer

Patientenverfügung  ja (Kopie)  nein

### Ärztliche Diagnosen

---

---

---

---

---

### Allergien

---

---

### Impfungen

Aufklärung über die Notwendigkeit von Schutzimpfungen ist durchgeführt  Impfschutz ist vorhanden

### Infektionskrankheiten

Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Typ: _____
MRSA / ORSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bemerkungen: _____
HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bemerkungen: _____

### Andere Infektionskrankheiten

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Bitte Blatt wenden

## Bestätigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Lungen TBC  liegt vor  liegt nicht vor

Suchtkrankheit  liegt vor  liegt nicht vor

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## Medikamente (eventuell Kopie der Medikamentenverordnung)

---

---

Klinikaufenthalte  ja  nein

Wenn ja, wann / Diagnosen: \_\_\_\_\_

---

Unfälle und Stürze mit medizinischer Behandlung in den letzten fünf Jahren  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

---

## Befunde

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg Ernährungszustand / BMI \_\_\_\_\_

Kostform  Normalkost

Diätkost  ja, welche \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Sondennahrung  ja, welche \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

bes. Kostform  ja, welche \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

## Sehfähigkeit

<i>rechts</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> fast blind	<input type="checkbox"/> blind
<i>Links</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> fast blind	<input type="checkbox"/> blind
Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> lehnt Sehhilfe ab	<input type="checkbox"/> nein	

## Hörfähigkeit

<i>rechts</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> fast taub	<input type="checkbox"/> taub
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> lehnt Hörgerät ab	<input type="checkbox"/> nein	
<i>links</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> fast taub	<input type="checkbox"/> taub
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> lehnt Hörgerät ab	<input type="checkbox"/> nein	

## Sprechvermögen

	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	
	<input type="checkbox"/> Aphasie	Ursache: _____	
Verständigung	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> bedingt	<input type="checkbox"/> keine

## Bewegungsfähigkeit

	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	Ursache: _____		
<i>Funktion der Arme</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Deformierung	<input type="checkbox"/> Kontraktur
<i>Funktion der Hände</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Deformierung	<input type="checkbox"/> Kontraktur
<i>Funktion der Beine</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Deformierung	<input type="checkbox"/> Kontraktur
<i>Funktion der Füße</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Deformierung	<input type="checkbox"/> Kontraktur
<i>Funktion der Wirbelsäule</i>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Veränderungen, welche _____			
<i>Hilfsmittel</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____			
<i>Prothesen</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche _____			

## Angaben zur Orientierung

	uneingeschränkt	eingeschränkt	desorientiert
<i>zur Person</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>zur Zeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>zum Ort</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>zur aktuellen Situation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Angaben zum Verhalten

<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> depressiv
<input type="checkbox"/> tags unruhig	<input type="checkbox"/> nachts unruhig	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz
<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> Gefährdung anderer	<input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen

## Hilfebedarf

	selbständig	teilweise Übernahme	vollständige Unterstützung	Anleitung
<i>Mobilität</i>				
- An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aufstehen / zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gehen in Verbindung mit den genannten Verrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ernährung</i>				
- mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nahrungsaufnahme oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sondennahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Körperpflege</i>				
- Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zahn-/Prothesen-/Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Inkontinenz</i>				
- Harn	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> dauernd		
- Stuhl	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> dauernd		
- Harnableitung	<input type="checkbox"/> Bezeichnung: _____			
- Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> Lokalisation: _____			

## Bemerkungen zum Hilfebedarf

---

---

Bitte Blatt wenden

**Medizinische Versorgung** (wie z.B. Hautschädigungen, Decubiti, Beatmung)

---

---

---

---

---

**Hauptgründe für die Aufnahme in eine teilstationäre oder vollstationäre Einrichtung**

- Fehlen einer Pflegeperson
- Drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegeperson
- Drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen
- Eigen- und/oder Fremdgefährdung des Pflegebedürftigen
- Räumliche Gegebenheit im häuslichen Bereich
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ergänzungen**

---

---

---

---

---

Der ärztliche Bericht zur Heimaufnahme dient ggf. zur Vorlage beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

---

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel