

**Eingang am:** \_\_\_\_\_

**Vorgesehen für:** **Pflegebereich**  
(DRK - intern) **Gerontopsychiatrischer Bereich**

**Fachpflegeeinrichtung für Menschen im  
Wachkoma**

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

**1. Name, Vorname:** \_\_\_\_\_  
**2. Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**3. Anschrift:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4. Hauptgründe für die Heimaufnahme?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 5. Hilfebedarf der/ des Patienten/ in bei

**a) Mobilität**

ja    zeitweise    nein

Gehen  
Stehen  
Aufstehen  
Zu Bett gehen

**b) Körperpflege**

ja    zeitweise    nein

Waschen  
Zahnpflege  
Frisieren/ Rasieren

**c) Kleidung**

ja    zeitweise    nein

Ankleiden  
Auskleiden

**d) Sonstiges**

ja    zeitweise    nein

Toilettengänge

### 6. Liegt Inkontinenz vor?

ja    zeitweise    nein

Harninkontinenz

Wenn ja, in welcher Form?

Stuhlinkontinenz

### 7. Sind Ihnen folgende Orientierungsstörungen bei dem/ der Patienten/ in bekannt?

ja    zeitweise    nein

Zeitliche Desorientierung  
Örtliche Desorientierung  
Persönliche Desorientierung  
Situative Desorientierung

**8. Ist der/ die Patient/ in bettlägerig?**                      ja                      zeitweise                      nein

**9. Liegt nächtliche Unruhe vor?**                      ja                      zeitweise                      nein

**10. Wie ist die Gemütsverfassung?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**11. Besteht eine Suchtkrankheit?**                      nein  
 ja, welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**12. Sind psychische Störungen vorhanden?**                      nein  
 ja, welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**13. Besteht eine körperliche Behinderung?**                      nein  
 ja, welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**14. Hat der/ die Patient/ in eine ansteckende Krankheit?**                      nein  
 ja, welche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Frei von ESBL	ja	nein	_____
Frei von ORSA	ja	nein	_____
Frei von MRSA	ja	nein	_____
Frei von MRAB	ja	nein	_____
Frei von TBC	ja	nein	_____
Röntgenaufnahme	ja	nein	_____

**15. Ärztliche Diagnosen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Medikation:	Dosierung			
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**17. Hinweise/ Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_



**Deutsches  
Rotes  
Kreuz**

**DRK-Kreisverband  
Rostock e. V.**

**Seniorenwohnanlage  
Evershagen  
Pflegeheim**

Aleksis-Kivi-Straße 01  
18106 Rostock

Tel. 0381 77603 – 100  
Fax 0381 77603 - 140

[www.drk-hro.de](http://www.drk-hro.de)

Ihre Nachricht vom:

Ihr Zeichen:

Bettina Krüger  
Stellv. Pflegedienstleiterin

Durchwahl: -115

[bettina.krueger@drk-hro.de](mailto:bettina.krueger@drk-hro.de)

UST-Ident-Nr.:  
DE137385098

IK-Nr.: 511 304 646

Bankverbindung  
Ostseesparkasse

BLZ 130 500 00

Konto 0 205 003 338

IBAN: DE44 1305 0000  
0205 0033 38

BIC NOLADE21ROS

### Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass meine Patientin / mein Patient

Frau / Herr \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

frei von ansteckenden Krankheiten gemäß § 6 Infektionsschutz-  
gesetz ist

bzw.

keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden  
Lungentuberkulose gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz  
vorhanden sind.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes