



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

DRK Rostock Wohnen und Pflege gGmbH  
Senioren- und Pflegeheime

- 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### b) Körperpflege

	ja	zeitweise	nein
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/ Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### c) Kleidung

	ja	zeitweise	nein
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### d) Sonstiges

	ja	zeitweise	nein
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### 7. Liegt Inkontinenz vor?

	ja	zeitweise	nein
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, in welcher Form?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

	ja	zeitweise	nein
Zeitliche Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

10. Liegt nächtliche Unruhe vor?  ja       zeitweise       nein

11. Wie ist die Gemütsverfassung? \_\_\_\_\_

12. Besteht eine Suchtkrankheit?

- nein
- ja, welche

---



---



---

13. Sind psychische Störungen vorhanden?

- nein
- ja, welche

---



---



---

14. Besteht eine körperliche Behinderung?

- nein
- ja, welche

---



---



---

15. 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

---



---



---

16. Ärztliche Diagnosen:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

17. Medikation:

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

18. Hinweise/ Bemerkungen

---



---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass meine Patientin / mein Patient

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

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

frei von ansteckenden Krankheiten gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz ist

bzw.

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

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes