



Caritasheim St. Elisabeth
Heidelberger Straße 50
64625 Bensheim
Tel.: 06251-1080-0
Fax.: 06251-1080-80
E-Mail: ch.bensheim@caritas-darmstadt.de

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich einer Heimaufnahme/ Kurzzeitpflege

Name

Vorname:

Geburtsdatum:

Körperlicher Zustand/Krankheiten:

Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

Dauermedikation: alternativ aktuellen Medikamentenplan beilegen

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	nachts

Bedarfsmedikation: bitte mit Indikation und Maximaldosis in 24h

.....

.....

.....

Körpergröße:cm

Körpergewicht:kg

Dekubitus/ chronische Wunden?

☐ nein ☐ ja:

Kontraktur?

☐ nein ☐ ja:

Bestehen Suchtkrankheiten?

☐ nein ☐ ja:

Liegen psychische Störungen vor?

☐ nein ☐ ja:

Hat der Patient einen Herzschrittmacher?

☐ nein ☐ ja

Erhält der Patient blutverdünnende Medikamente?

☐ nein ☐ ja

Liegen Allergien vor?

☐ nein ☐ ja

Ist der Patient an Diabetes mellitus erkrankt?

☐ Nein ☐ Ja
☐ insulinpflichtig ☐ oral eingestellt

Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich

☐ Nein ☐ Ja:

Hilfsmittel

☐ Brille

☐ Hörgerät rechts

☐ Hörgerät links

☐ Toilettenstuhl

☐ Toilettensitzerhöhung

☐ Rollstuhl

☐ Rollator

☐ Gehhilfe

☐ Sonstiges:

Ansteckende Krankheiten:

Auszug aus dem §36(4) Infektionsschutzgesetz: Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtungen nach §1, Absatz 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden soll, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Ist der Patient nach §36(4) IfSG frei von ansteckungsfähigen TBC? ☐ Ja ☐ Nein
Ist der Patient frei von MRGN3/MRGN4? ☐ Ja ☐ Nein, wo:
Ist der Patient frei von MRSA? ☐ Ja ☐ Nein, wo:
Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Krankheiten? ☐ Ja ☐ Nein, welche?
Vollständiger Impfschutz gegen Covid-19 vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

Bewusstsein/ Kommunikation:

Orientierungsstörungen: ☐ zeitlich ☐ örtlich ☐ persönlich ☐ situativ
Patient: ☐ wach ☐ ansprechbar ☐ wird sediert
Artikulations-/ Sprachstörungen: ☐ nein ☐ ja:
Störung des Tag/Nachtrhythmus: ☐ nein ☐ ja:

Mobilität

Sitzen: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig
Gehen/Stehen: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig
Bett aufsuchen/ verlassen: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig
Umlagern im Bett: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig
dauerhaft bettlägerig: ☐ ja ☐ nein
Ist der Patient sturzgefährdet: ☐ ja ☐ nein

Vitalfunktionen

Atmung: ☐ spontan ☐ Sauerstoffgabe ☐ Inhalation ☐ Absaugen erforderlich
Blutdruck: Puls:

Körperpflege

Waschen: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig
Mundhygiene: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig
Intimpflege: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig

Essen und Trinken

Kostform: Trinkmenge pro Tag: ml
Sonde: ☐ nein ☐ ja Sondennahrung: Flussrate: ml/h
Schluckstörung: ☐ nein ☐ ja
Ernährungszustand: ☐ gut ☐ kachektisch ☐ adipös
Flüssigkeitsaufnahme: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig
Nahrungsaufnahme: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig

Ausscheidungen

Toilettennutzung: ☐ selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig
Harninkontinenz: ☐ ja ☐ nein Blasenverweilkatheter: ☐ nein ☐ ja
Stuhlinkontinenz: ☐ ja ☐ nein ☐ suprapubisch ☐ transurethral

Besondere Anmerkungen:

Ort und Datum

Anschrift, Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin