



**Caritasheim St. Elisabeth**  
 Heidelberger Straße 50  
 64625 Bensheim  
 Tel.: 06251-1080-0  
 Fax.: 06251-1080-80  
 E-Mail: ch.bensheim@caritas-bergstrasse.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
- Toilettensstuhl  Toilettensitzerhöhung
- Rollstuhl  Rollator  Gehilfe
- 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? .....

**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