

F Ablauforganisation

8.2 Bewohneraufnahme

Seniorenzentrum
an der Jagst

F 8.2.5 Ärztlicher Fragebogen anlässlich zur Anmeldung zur Heimaufnahme

Name: _____ Vorname: _____ Geb.dat.: _____

Ist/hat der Patient/in:

gehfähig ja nein ständig bettlägerig ja nein
 Beherrschung der Urinabgabe ja nein Beherrschung des Stuhlabganges ja nein
 Dekubitusgeschwüre ja nein unverheilte Operationswunden ja nein
 künstliche Ernährung ja nein

fremde Hilfe bedürftig: beim Essen Waschen
 Ankleiden Frisieren / Rasieren
 Aufstehen aus dem Bett Lagern zur Nachtruhe
 Benutzen der Toilette bei

örtlich orientiert ja nicht immer nein
 zeitlich orientiert ja nicht immer nein
 zur Person orientiert ja nicht immer nein
 nachts ruhig ja nicht immer nein

Gefährliche Eigenschaften ja Welche _____ nein
 Suchtkrankheiten ja Welche _____ nein

Geistig-seelische Behinderungen/Störungen? ja nein
 wenn ja welcher Art? _____

körperliche Behinderungen? ja nein
 wenn ja welcher Form? _____

Diagnose: _____

Ist die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung erforderlich? ja nein
 Ist der Patient geschäftsfähig? ja nein

Es wird hiermit ausdrücklich bestätigt, dass o.g. Person frei von ansteckenden Krankheiten, insbesondere frei von ansteckender Tuberkulose der Atmungsorgane ist. ja nein

Hinweise des Arztes (Kostform, Diät, Unverträglichkeiten): _____

Ärztliche Verordnungen:

Medikament	Morgens	Mittag	Abend	Nacht

Bemerkungen: _____

_____ Ort

_____ Datum

_____ Stempel und Unterschrift des Arztes

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
EL	RH	2	16.02.2022	Seite 1 von 1