

# Ärztlicher Fragebogen für Heimaufnahme

- Bürgerheim Nördlingen Eugene-Shoemaker-Platz 2 86720 Nördlingen  
Tel. 09081 / 2591-0 Fax: 09081 / 2591-20 E-Mail: [buergerheim@donkliniken.de](mailto:buergerheim@donkliniken.de)
- Seniorenheim Monheim Donauwörther Str. 40 86653 Monheim  
Tel. 09091 / 5097-0 Fax: 09091 / 5097-114 E-Mail: [monheim@donkliniken.de](mailto:monheim@donkliniken.de)
- Seniorenheim Rain Vinzenz-Lachner-Str. 28-30 86641 Rain  
Tel. 09090 / 9595-0 Fax: 09090 / 9595-166 E-Mail: [rain@donkliniken.de](mailto:rain@donkliniken.de)
- Seniorenheim Wemding Häutbachgasse 2 86650 Wemding  
Tel: 09092 / 9677-0 Fax: 09092 / 9677-1640 E-Mail: [wemding@donkliniken.de](mailto:wemding@donkliniken.de)

## Vor- und Zuname, Geburtsdatum

Geplanter Entlassungstermin	Größe	cm	Gewicht	kg	
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> Antrag gestellt		<input type="checkbox"/> §39c SGB V		
<b>Diagnosen</b>	Liegt eine Diabeteserkrankung vor?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Besteht eine Suchtkrankheit?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, welche?				
	Liegen psychische Störungen vor?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, welche?				
	Wie ist die Gemütsstimmung/ seelische Verfassung?				
	Sind dementielle Veränderungen erkennbar?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz
	Bestehen ansteckende Krankheiten, wie zum Beispiel – <b>Angaben zwingend erforderlich</b> –				
	<input type="checkbox"/> <b>keine</b>	<input type="checkbox"/> MRGN 3 / 4	<input type="checkbox"/> Clostridien	<input type="checkbox"/> MRSA (wo?)	_____
	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster / Gürtelrose	<input type="checkbox"/> Sonstige:	_____
Weitere:					
<b>Allergien/ Unverträglichkeiten</b>					
<b>Kostform</b>					
<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> PEG-Pumpe <input type="checkbox"/> Sonstige: _____				
	Vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> bestellt:				
<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)</b>	Sind FEM notwendig? <input type="checkbox"/> Ja täglich (O Tags/ O Nachts) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zeitweise (O Tags/ O Nachts)				
	Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> 5-Punkt-Gurt <input type="checkbox"/> Psychopharmaka <input type="checkbox"/> _____				
	Ein Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen <input type="checkbox"/> liegt vor/ <input type="checkbox"/> ist beantragt.				

Bitte Medikamentenversorgung gesondert beifügen!

# Ärztlicher Fragebogen für Heimaufnahme

<b>Unterstützungsbedarf</b>				
Der Patient/ Die Patientin ist gehfähig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> Mit Hilfsmittel
Der Patient/ Die Patientin kann Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Mit Unterstützung	
Der Patient/ Die Patientin ist umtriebig/ unruhig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	
Der Patient/ Die Patientin ist nachts unruhig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
<b>Dem Patient/ Der Patientin muss geholfen werden beim...</b>				
– Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung und Kontrolle
– Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung und Kontrolle
– Anziehen und Ausziehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung und Kontrolle
– Waschen/ Kämmen/ Rasieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung und Kontrolle
– Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung und Kontrolle
– Essen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung und Kontrolle
Der Patient/ Die Patientin ist kontinent	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<u>Wenn nein:</u>	<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Urin
Der Patient/ Die Patientin ist weitgehend kontinent, wenn er regelmäßig zur Toilette geführt wird			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Örtliche Orientierung</b>				
– Der Patient/ Die Patientin findet sein/ ihr Bett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
– Der Patient/ Die Patientin findet die Toilette	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
– Der Patient/ Die Patientin findet sich auf Station zurecht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
– Der Patient/ Die Patientin weiß, wo er/ sie sich befindet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
<b>Zeitliche Orientierung</b>				
– Der Patient/ Die Patientin kennt die Jahreszeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
– Der Patient/ Die Patientin kennt das Datum	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
– Der Patient/ Die Patientin kennt die Tageszeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
<b>Orientierung zur Person</b>				
– Der Patient/ Die Patientin kann Angaben über sich selbst machen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
– Der Patient/ Die Patientin erkennt Angehörige	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer	
<b>Kontakt zu Mitmenschen</b>				
– Der Patient/ Die Patientin ist eher zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
– Der Patient/ Die Patientin findet Kontakt zu Mitmenschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<b>Hinweise</b>				

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

Stempel und Unterschrift Arzt/ Ärztin \_\_\_\_\_

Interner Vermerk der Einrichtung \_\_\_\_\_

Der Heimaufnahme von \_\_\_\_\_ wird  zugestimmt /  nicht zugestimmt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift PDL/ stellv. PDL \_\_\_\_\_

Dokumentennr.:	Dokumentenname:	Nächste Revision:	Freigabe	Freigabe	Revision	Seite
VW-FOR-4368	Ärztlicher Fragebogen	am: 25.05.2028	durch: Heimleitungen	am: 25.05.2023	Nr.: 16.1	2/2