St. Vinzenzhaus *Betzdorfer Str.6-8* *Fon: 02747/ 9126-0*
Alten- u. Pflegeheim *57580 Gebhardshain* *Fax: 02747/ 9126-129*

cusanus trägergesellschaft trier mbH

Ärztlicher Fragebogen

zur Heimaufnahme ( ) zum Kurzzeitpflegeaufenthalt ( )

Name, Vorname:

Geburtsname: **Geburtsdatum:**

1. Diagnosen des/r Patient/In:

2. Besteht bei der Patient/in nach § 36(4) IfSG eine ansteckungsfähige TBC[1?] **nein O** **ja O**
2a. Liegen zur Zeit andere ansteckende Erkrankungen vor? **nein O** **ja O**
Welche? _____

2b. Ist der/die Patient/in MRSA positiv? **nein O** **ja O**

2c. Liegt SARS CoV-2 Impfung vor (Nachweis erforderlich) **nein O** **ja O**
2d. Sind Sie COVID-19 genesen **nein O** **ja O**
2e. Wann hatten Sie eine COVID-19 Infektion? wann …….. …….. …… ……

3. Ist derzeit eine Allergie bekannt? **nein O** **ja O**
Welche? _____

4. Ist derzeit ein Anfallsleiden bekannt? **nein O** **ja O**

5. Ist derzeit Behandlungspflege erforderlich?
(z.B. Injektionen, Wundbehandlung, Magensonde/PEG, Dauerkatheter, Kompressionsverbände, Anus praeter Versorgung)
nein O **ja O**
Welcher Art?

6. Ist eine Medikamentengabe erforderlich? **nein O** **ja O**

7. Ist der Patient an Diabetes mellitus erkrankt? **nein O** **ja O**
a) Ist der Patient insulinpflichtig? **nein O** **ja O**
b) Typ 1 **nein O** **ja O**
c) Typ 2 **nein O** **ja O**

8. Werden z.Zt. Physikalische Therapien, Ergo- oder Logopädie verordnet? **nein o** **ja o**
Welche?

9. Hinweise und Bemerkungen des Arztes(z.B. Marcumarpatient, Herzschrittmacher...)

10. Ist der/die Patient/In gehfähig? **nein O** **ja O**

11. Ist der/die Patient/In sturzgefährdet? **nein O** **ja O**

12. Ist der/die Patient/In immobil **nein O** **ja O**

13. Liegt eine Inkontinenz vor? **nein O** **ja O** **Urin O** **Stuhl O**

14. Ist der/die Patient/in
zeitlich orientiert **nein O** **ja O** **nicht immer O**
örtlich orientiert **nein O** **ja O** **nicht immer O**
situativ orientiert **nein O** **ja O** **nicht immer O**

15. Liegt eine Suchtkrankheit vor? **nein O** **ja O**
Welche? _____

16.Liegt bei dem Patienten eine Weglauftendenz vor? **nein O** **ja O**

Ort/Datum: **Unterschrift/Stempel des Arztes/Ärztin**

[1] § 36 IfSG (4) Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des §1 Abs.1 oder 1a des Heimgesetztes