

Ärztlicher Fragebogen

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Herrn / Frau: geb. am

Adresse:
(PLZ., Ort, Straße, Haus-Nr.)

Telefonnummer: Email-Adresse:

I. Gesundheitszustand

1. Körpergewicht ca. kg Körpergröße cm
2. Welche Hilfsmittel (z.B. Herzschrittmacher, Colostomiebeutel, Rollstuhl, Tracheostoma) werden zurzeit benötigt:
.....
3. Erforderliche Sonderkost (z.B. Diät, Sondenernährung):
.....
4. Ist eine laufende medikamentöse Behandlung erforderlich? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (Bitte **aktuellen Medikamentenplan** für die Heimaufnahme zur Verfügung stellen.)
.....
.....
5. Ist der Patient frei von ansteckenden Erkrankungen? (z.B. Lungentuberkulose, MRSA)
☐ ja ☐ nein / welche Erkrankung
6. Besteht ein Dekubitus, akute oder chron. Wunden? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche, seit wann, wo und welche Größe?
.....
.....
7. Besteht ein Alkohol,- Medikamenten- oder Drogenabusus?
☐ ja / was: ☐ nein

II. Zusätzliche Angaben

1. Diagnosen: (bitte **aktuellen Arztbrief** für die Heimaufnahme zur Verfügung stellen.)

.....

2. Körperlicher / psychischer Zustand (z.B. Motorik, nächtl. Unruhe, Weglauftendenz,

Orientierung):

.....

3. Gibt es Allergien / Unverträglichkeiten? ☐ ja / welche? ☐ nein

4. Liegt eine Stuhl- / Urininkontinenz vor? ☐ ja / welche? ☐ nein

5. Fachärztliche Betreuung notwendig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

.....

6. Letzte Tetanusimpfung am:

Letzte Gripeschutzimpfung am:

Sonstige Impfungen: am:

..... am:

..... am:

7. Zusätzliche Informationen:

.....

.....
 Ort, Datum

.....
 Stempel und Unterschrift des Arztes