

Ärztlicher Fragebogen

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Herrn / Frau: _____ geb. am _____

Wohnort: _____
(PLZ, Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

I. Gesundheitszustand

1. Körpergewicht ca. _____ kg Körpergröße _____ cm

2. Welche Hilfsmittel (z.B. Herzschrittmacher, Colostomiebeutel, Rollstuhl, Tracheostoma) werden zur Zeit 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 Lungentuberkulose/ Corona (s. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IfSG)

☐ ja ☐ nein

6. Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

7. Besteht ein Dekubitus? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann, wo und welche Größe? _____

8. Besteht ein Alkoholabusus? ☐ ja ☐ nein

9. Besteht ein Medikamentenabusus? ☐ ja ☐ nein

II. Zusätzliche Angaben

1. Diagnosen: _____

2. Körperlicher / psychischer Zustand (z.B. Motorik, nächtl. Unruhe, Weglauftendenz, Orientierung): _____

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

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

5. Fachärztliche Betreuung notwendig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja welche

6. **Letzte Tetanusimpfung** am: _____

Letzte Gripeschutzimpfung am: _____

SARS-CoV2-Schutzimpfung am: 1. _____

2. _____

SARS-CoV2-Auffrischungsimpfungen am: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes