

# Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in die vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege oder Tagespflege



## Sozialdienst

Tel.: 03731 794-794 | Fax: 03731 794-619 | E-Mail: sozialdienst@seniorenheime-freiberg.de

Haus Johanna Rau	Haus der Generationen	Haus Elisabeth		Haus Johannishof	
Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Tagespflege <input type="checkbox"/>	Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/>	Tagespflege <input type="checkbox"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Behandelnder Arzt

Krankenkasse, Versichertennummer:

Vorsorgebevollmächtigte/r, Betreuer, Telefonnummer:

### Körperlicher Zustand/Erkrankungen

Dekubitus  nein  ja wo: \_\_\_\_\_  
Kontraktur(en)  nein  ja wo: \_\_\_\_\_  
Lähmung(en)  nein  ja wo: \_\_\_\_\_  
Wunde(n)  nein  ja wo: \_\_\_\_\_

### Infektionen

IfSG § 36 Abs. 4

Tuberkulose  nein  ja Skabies  nein  ja  
Covid-19  nein  ja welche: \_\_\_\_\_  
MRE  nein  ja welche: \_\_\_\_\_  
Sonstiges  nein  ja welche: \_\_\_\_\_

### Allergien

nein  ja welche: \_\_\_\_\_

### Suchterkrankungen

nein  ja welche: \_\_\_\_\_

### Psychische Erkrankungen

nein  ja welche: \_\_\_\_\_

### Impfstatus

aktuell  nein: \_\_\_\_\_

### Letzte Tetanusimpfung

\_\_\_\_\_

### Diagnosen (ICD 10 Code) und Befunde (ggf. separate Aufstellung beifügen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sondenernährung

nein       ja      Art/Nahrung \_\_\_\_\_

Schluckstörungen

nein       ja

Ausscheidung

	nein	ja		
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Blasenverweilkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	liegt seit: _____	suprapub. <input type="checkbox"/> transurethral <input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anus praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neigt zu		<input type="checkbox"/>	Obstipation	<input type="checkbox"/> Diarrhöe

**Medikation/Bedarfsmedikation**

(Bitte den Bundeseinheitlichen Medikationsplan oder ggf. separate Aufstellung beifügen)

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift und Stempel des Arztes*

*Ggf. anfallende Gebühren für das Ausfüllen des ärztlichen Fragebogens trägt die Patientin/der Patient.*