

## Ärztlicher / Pflegerischer Fragebogen

Dieser Fragebogen ist vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus auszufüllen

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Wohnsitz: \_\_\_\_\_

Ist der Aufnahmewerber gehfähig  Ja  Nein  
Ist das Treppensteigen möglich  Ja  Nein  
Ist der Aufnahmewerber ständig bettlägrig  Ja  Nein  
Ist der Aufnahmewerber häufig bettlägrig  Ja  Nein

Ist Unterstützung notwendig:

beim Aufstehen aus dem Bett  
 beim Essen zerkleinern  beim Ankleiden  
 beim Essen eingeben  beim Frisieren und Rasieren  
 beim Waschen  beim Zubettgehen  
 beim Benützen der Toilette  \_\_\_\_\_

Ist der Aufnahmebewerber inkontinent

Harn  Ja  Nein  
Stuhl  Ja  Nein

Der Aufnahmewerber benötigt nachts Unterstützung  Ja  Nein  
 Nicht immer

Wenn ja, wobei

---

Ist der Aufnahmebewerber orientiert

Ja  Nein  nicht immer  
 zeitlich  örtlich  situativ  persönlich  
 Weglauftendenz

Benötigt der Aufnahmewerber eine Diät  Ja \_\_\_\_\_

Leidet der Bewerber an einer Suchtkrankheit  Ja  Nein

Welcher: \_\_\_\_\_

Kann der Aufnahmewerber Geldangelegenheiten selbst regeln  Ja  Nein  
Gibt es eine Erwachsenenschutzvertretung bzw. Vorsorgevollmacht  Ja  
 Nein

Welche Impfung hat  
der Aufnahmewerber

- Grippe Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_  
 Corona Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_  
 Tetanus Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_

Spezielle Pflegemaßnahmen (z.B. PEG – Sonde, Tracheostoma, Schmerzpumpe, ...):

\_\_\_\_\_

Leidet der Aufnahmewerber an einer infektiösen Krankheit/ multiresistenten Keim

- Ja  Nein

Welche/r: \_\_\_\_\_

Diagnosen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Derzeitige Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Begründung der Notwendigkeit einer Heimaufnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Bestätigung vom Arzt wenn die Anmeldung nicht selbst unterschrieben werden kann:

- Der Aufnahmewerber kann die Anmeldung nicht selbst unterschreiben, ist aber mit einer Aufnahme einverstanden.
- Derzeit werden Hilfsmittel zum Schutz vor Verletzungen eingesetzt, welche die persönliche Freiheit einschränken können (Seitenschutz beim Bett, ...). Damit diese Hilfsmittel auch im Heim verwendet werden dürfen, muss gemäß HeimAufG vom Arzt die dafür zugrundeliegende Diagnose und Gefährdung bestätigt werden:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_