

## Adolf-Hamburger Heim

Arno-Hamburger-Str.1  
90411 Nürnberg  
Tel. 0911 / 56 25 1 80  
Fax.:0911 / 56 25 1 01  
info@ah-heim.de



# Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Adresse des Arztes: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

---

1. Name des Patienten: \_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

4. Pflegebedürftigkeit: gegeben  nicht gegeben   
festgestellter Pflegegrad \_\_\_\_ beantragt am \_\_\_\_\_

5. Patient ist/hat:

gefähig	<input type="checkbox"/>	nicht gefähig	<input type="checkbox"/>		
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	häufig bettlägerig	<input type="checkbox"/>	mobil	<input type="checkbox"/>
harninkontinent	<input type="checkbox"/>	stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>		
Anus praeter	<input type="checkbox"/>				
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Cystofix	<input type="checkbox"/>		
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	welcher Grad	_____		
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>		
erkennt Personen	<input type="checkbox"/>	situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>		
Unruhezustände:	nachts <input type="checkbox"/>	tagsüber <input type="checkbox"/>	manchmal <input type="checkbox"/>		

6. Gemütsstimmung: willig  freundlich  verdrießlich  aggressiv

7. Allergien: \_\_\_\_\_

8. akt. Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Lähmung: rechts  links

Versteifung: \_\_\_\_\_

Amputation: \_\_\_\_\_

Kontraktur: \_\_\_\_\_

10. Suchtkrankheiten: \_\_\_\_\_

11. akt. Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. BTM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Hilfsmittel: Stock/Krücken   
Gehwagen   
Rollstuhl   
Toilettenstuhl   
Pflegebett   
Sonstiges:  \_\_\_\_\_

14. Hilfe ist nötig: beim Essen  bei Toilettengängen   
bei der Körperpflege  Sonstiges:   
beim An-/Auskleiden  \_\_\_\_\_

15. Patientenverfügung: vorhanden  nicht vorhanden

16. letzte stationäre  
Behandlung:

welches Krankenhaus \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Beim Patienten sind unterbringungsähnliche Maßnahmen notwendig:

NEIN

JA

folgende Maßnahmen:

Bettgitter	<input type="checkbox"/>
Bauchgurt im Bett	<input type="checkbox"/>
Beckenfixierhose	<input type="checkbox"/>
Rollstuhlgestützte Toilette	<input type="checkbox"/>
Therapietisch am Rollstuhl	<input type="checkbox"/>
Sonstige	_____

18. Beim Patienten liegen zurzeit Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Krankheit (Norovirus, TBC, MRSA, Hepatitis usw.) vor.

NEIN

JA  und zwar: \_\_\_\_\_

chronisch

akut

19. Coronainfekt/Covid19 nein  ja

Corona geimpft: nein  ja

Impfstoff: \_\_\_\_\_

Wie oft?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift