



Pflegeheim St. Marienhaus

Waldshuter Straße 8
79713 Bad Säckingen

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden, gerne auch per Fax an 07761/555-8500
Zusätzlich bitten wir um einen Ausdruck der Diagnosen mit ICD-10-Code und den aktuellen Medikationsplan

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

Infektionen/Impfungen		
Ist der Patient MRSA / MSA / ORSA / ESBL Träger? (bitte entsprechendes markieren)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen sonstige ansteckende Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
Covid-19 Erkrankung am:		
Covid-19-Impfung erhalten	<input type="checkbox"/> ja, am:	<input type="checkbox"/> nein

Erkrankungen/Einschränkungen		
Hat der Patient Implantate / künstliche Gelenke? (Herzschrittmacher etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche / Wo? :		
Nimmt der Patient blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (Marcumar)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?
Diabetiker?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> Tabletten	<input type="checkbox"/> Insulinpflichtig
Allergien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?:
Besteht eine Schmerzsymptomatik?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo? Wird eine Therapie angewandt?

Besteht eine Suchterkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Besteht eine psychische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Hautzustand			
<input type="checkbox"/> intakt	<input type="checkbox"/> trocken/schuppig	<input type="checkbox"/> Hämatome	<input type="checkbox"/> Ulcera
<input type="checkbox"/> Dekubitus, Grad	<input type="checkbox"/> sonst. Läsionen		
Lokalisation/ Beschreibung			

Selbstversorgung/Mobilität				
Patient ist	orientiert	zeitweise orientiert	ständig desorientiert	
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> Inkontinent	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> transurethraler Katheter
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> inkontinent	
Bewegung/Gehen	<input type="checkbox"/> ist selbstständig möglich <input type="checkbox"/> Bewohner kann Treppen steigen		<input type="checkbox"/> mit Hilfestellung <input type="checkbox"/> Bewohner ist bettlägerig	
Mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> Gehstütze <input type="checkbox"/> Gehstock		<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl	
Patient hat eine	<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz		<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	
Schlafen	<input type="checkbox"/> hat Einschlafstörungen		<input type="checkbox"/> hat Durchschlafstörungen	
Nachtruhe	<input type="checkbox"/> unauffällig		<input type="checkbox"/> unruhig	
Sehstörungen	<input type="checkbox"/> rechts		<input type="checkbox"/> links	
Patient hört	<input type="checkbox"/> schwer		<input type="checkbox"/> ist taub	

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes