



Alten – und Pflegeheim St. Marienhaus

Meisenhartweg 14
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

Behandeln Sie den Patienten nach erfolgten Heimeinzug weiter?

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Körpergröße und Gewicht

Infektionen

Ist der Patient MRSA / MSA / ORSA / ESBL Träger?
(bitte entsprechendes markieren)

☐

nein

☐

ja

Bestehen sonstige ansteckende Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Ansteckende Atemwegserkrankungen z. B. TBC

☐

nein

☐

ja

Erkrankungen/Einschränkungen

Hat der Patient Implantate / künstliche Gelenke?
(Herzschrittmacher etc.)

☐

nein

☐

ja

Welche / Wo? :

Nimmt der Patient blutgerinnungshemmende
Medikamente ein? (Marcumar)

☐ nein☐ ja, welche?

Diabetiker?

☐ nein☐ ja☐ Tabletten☐ Insulinpflichtig

Besteht eine Schmerzsymptomatik?

☐ nein☐ ja, wo? Wird eine Therapie angewandt?

Besteht eine
Suchterkrankung?

☐ nein☐ ja, welche? _____

Besteht eine psychische Erkrankung?	☐ nein	☐ ja, welche? _____
Hautzustand		
☐ intakt	☐ trocken/schuppig	☐ Hämatome
☐ Dekubitus, Grad	☐ sonst. Läsionen	
Lokalisation/ Beschreibung		

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

Datum _____

Stempel/Unterschrift des Arztes _____