

Bei Bedarf Rücksendung per Fax möglich an: 0731 1537-186

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen und zusammen mit der Heimanmeldung einreichen!

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Bei welchen der nachfolgenden Tätigkeiten wird fremde Hilfe benötigt?				
	Nie	Teilweise	Häufig	Immer
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren und Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen a. d. Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Beherrschung des Stuhlabganges?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/>	freundlich	<input type="checkbox"/>	willig
Ist geschlossene Unterbringung notwendig?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Nein
Liegen körperliche Behinderungen vor?				
Liegen psychische Störungen vor?				
Bestehen ansteckende oder meldepflichtige Krankheiten, gemäß Infektionsschutzgesetz – IfSG (§ 6 meldepflichtige Krankheiten)?				
Bestehen nach Ihrem Kenntnisstand bei Familienmitgliedern meldepflichtige Krankheiten, gemäß Infektionsschutzgesetz?				

Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose?
Benötigt Patient/in spezielle Kostformen (Diät/Schonkost)? Liegen anderweitige Unverträglichkeiten / Allergien vor?
Diagnose:
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?
Hinweise und Bemerkungen des/der Arztes/Ärztin (z. B. Suchtkrankheiten, Fixierungen):
Diesem Gutachten liegt eine persönliche Untersuchung des/der Patienten/in zugrunde.
<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> <div style="width: 45%; border-bottom: 1px solid black;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;">Ort, Datum</div> <div style="width: 45%;">Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin</div> </div>
Raum für Vermerke der Einrichtung:

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Aufnahme in einem Seniorenheim.

Ort / Datum

Unterschrift Bewohner / Betreuer