

Bei Bedarf Rücksendung per Fax möglich an:

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

Name, Vorname:  
 Pflegegrad:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

<b>Bei welchen der nachfolgenden Tätigkeiten wird fremde Hilfe benötigt?</b>				
	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	<input type="checkbox"/> gelegentlich	
Beherrschung des Stuhlabganges?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise	
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> verdrießlich	
Ist geschlossene Unterbringung notwendig?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Liegen körperliche Behinderungen vor?</b>				
<b>Liegen psychische Störungen vor?</b>				
<b>Bestehen ansteckende oder meldepflichtige Krankheiten, gemäß Infektionsschutzgesetz – IfSG (§ 6 meldepflichtige Krankheiten)?</b>				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:				

**Bestehen nach Ihrem Kenntnisstand bei Familienmitgliedern meldepflichtige Krankheiten, gemäß Infektionsschutzgesetz?**

nein  ja, welche:

**Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose?**

nein  ja

**Corona-Impfstatus:**

**Besteht ein Impfschutz gegen das Coronavirus:**  ja  nein

**Wenn ja:**

1. Impfung am \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

2. Impfung am \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

3. Impfung am \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

4. Impfung am \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

**Ist bereits eine/mehrere Infektion/en mit dem Coronavirus erfolgt?**

ja  nein

**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.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

**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