


Heime Füssen	Ärztlicher Fragebogen	 Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Ostallgäu
	<input type="checkbox"/> St. Michael	

Angaben zur Person:

Name/Vorname _____	Krankenkasse/Versichertennummer _____
Geburtsdatum _____	Telefon _____
Straße _____	PLZ, Ort _____
Aufenthalt zurzeit _____	

Angaben zu Art und Umfang der notwendigen Betreuung/Pflege:

- Patient ist gehfähig ja nein mit Unterstützung oder Hilfsmitteln
- Beherrschung des Stuhlabgangs ja nein nicht immer
- Beherrschung des Urinabgangs ja nein nicht immer
- Orientierung:
 - örtlich ja nein nicht immer
 - zeitlich ja nein nicht immer
 - situativ ja nein nicht immer
 - personell ja nein nicht immer
- Patient hat einen Tag/Nachtrhythmus ja nein nicht immer
- Hilfe bei der Medikamenteneinnahme ja nein nicht immer
- Patient benötigt Hilfe:
 - beim Aufstehen/Zubettgehen ja nein Kontrolle/Anleitung
 - beim An- und Auskleiden ja nein Kontrolle/Anleitung
 - beim Waschen/Kämmen/Rasieren ja nein Kontrolle/Anleitung
 - beim Baden ja nein Kontrolle/Anleitung
 - beim Essen ja nein Kontrolle/Anleitung
 - beim Toilettengang ja nein Kontrolle/Anleitung

Bestehen ansteckende Krankheiten?

nein ja Welche? _____

Bestehen Suchtkrankheiten?

nein ja Welche? _____

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?


Lebensmittel:

nein ja

Medikamente:

nein ja

Welche? _____

Heime Füssen	Ärztlicher Fragebogen	 Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Ostallgäu
	<input type="checkbox"/> St. Michael	

Diagnosen: (Bitte in lesbarer Schrift)

Psychische Auffälligkeiten, Verhalten:

Aktuelle Verordnungen:

Hausarzt: _____ **Arztnummer:** _____

_____ _____

Name, Adresse Telefon

Bleibt die hausärztliche Betreuung nach dem Heimeinzug durch den jetzigen Hausarzt bestehen?

ja nein

_____ Datum _____ Unterschrift des Arztes/Stempel

Von der Pflegeeinrichtung auszufüllen:

Heimaufnahme: ja nein

Unterschrift Einrichtungsleitung oder Pflegedienstleitung: _____

Bemerkungen: _____