

Anlage 11

Schmöllner Heimbetriebsgesellschaft mbH
Lohsenstr. 25a
04626 Schmölln
Tel.: 034491/67 412
Fax: 034491/67 444

Eingang der Anmeldung:
Heimaufnahme am:

Pflegegrad: ist beantragt

Antrag auf vollst. Pflege bei KK gestellt
 ja nein

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung geben.

1. Name, ggf. Titel (Familienname/Geburtsname)	
2. Vorname(n) (Rufname unterstreichen)	
3. Geburtsdatum	
4. Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Beherrschung des Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Beherrschung d. Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. PEG/PEJ-Träger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
12. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
14. Weitere wichtige demenzielle Besonderheiten	
15. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> nicht kooperativ <input type="checkbox"/> depressiv
16. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
17. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
18. Träger eines Dauerkatheters?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> suprapubisch <input type="checkbox"/> transurethral
19. Träger eines Tracheostoma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20. Träger eines Anus praeter?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
21. Herzschrittmacher vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22. Körperliche Behinderung(en) - Art -	
23. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art -	

24. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten? nach §36 IfSG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>bei nein, welche:</i> <input type="checkbox"/> Hep. A <input type="checkbox"/> Hep. B <input type="checkbox"/> Hep. C <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CoV-19 <i>andere:</i>																																																																											
25. Vorliegen besonderer Krankheiten	<input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Implantate <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Kriegsverletzung																																																																											
26. Weitere Diagnosen																																																																												
27. Welche Medikamente/Verordnungen müssen verabreicht werden?	<table border="1" data-bbox="544 707 1477 1043"> <thead> <tr> <th data-bbox="544 707 989 745">Medikament</th> <th data-bbox="989 707 1112 745">früh</th> <th data-bbox="1112 707 1235 745">mittags</th> <th data-bbox="1235 707 1358 745">abends</th> <th data-bbox="1358 707 1477 745">z. Nacht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> </td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> Bedarfsmedikamente:	Medikament	früh	mittags	abends	z. Nacht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament	früh	mittags	abends	z. Nacht																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
28. Ist eine spezielle Kostform erforderlich? (wenn ja, welche Art?)																																																																												
29. Letzte Impfungen mit Datum	<input type="checkbox"/> Tetanus am <input type="checkbox"/> Diptherie am <input type="checkbox"/> Influenza am <input type="checkbox"/> TBC am <input type="checkbox"/> Pneumokokken am <input type="checkbox"/> CoV-19 am Wirkstoff: andere Impfungen:																																																																											
30. Hinweise, Bemerkungen des Arztes																																																																												
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes																																																																											