

**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?**

<b>Lebensmittel:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____	<b>Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
---	---

Heime Füssen	<b>Ärztlicher Fragebogen</b>	 <b>Bayerisches Rotes Kreuz</b> Kreisverband Ostallgäu
	<input checked="" type="checkbox"/> St. Martin <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: \_\_\_\_\_