

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Diagnosen – falls vorhanden bitte mit ICD-10 Diagnoseschlüssel (evtl. separate Vordruck beifügen)

Körperliche Behinderungen: nein ja
 wenn ja, welche: _____

Geistige/seelische Störung: nein ja
 wenn ja, welche: _____

Hauterkrankungen: nein ja
 wenn ja, welche: _____

Besteht ein Dekubitus? nein ja
 Lokalisation: _____
 Größe: _____
 Grad: _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Aspirationsgefahr? nein ja
 Bemerkung: _____

Ist eine Diät erforderlich? nein ja
 wenn ja, welche: _____

FO SZ-086-f Ärztliche Fragebogen.docx Stand 05/2023

Künstliche Ernährungstherapie:

- Enterale Ernährung (Sondenernährung PEG, PEJ, nasogastral) nein ja
 Parenterale Ernährung (venöse Ernährung) nein ja
 Orale Nahrungssupplemente (Trinknahrung) nein ja

Hilfebedarf / Ressource / usw.

- Gefähigkeit vorhanden? ja nein
 Hilfsmittel erforderlich? ja nein wenn ja, welche? _____
 Treppensteigen möglich? ja nein wenn ja: zeitw ständig
 Bettlägerigkeit? ja nein wenn ja: zeitw ständig
 Urininkontinenz vorhanden? ja nein wenn ja: zeitw ständig
 Dauerkatheter ja nein wenn ja: **Ch.:** _____ letzte Wechsel _____
 Stuhlinkontinenz vorhanden? ja nein wenn ja: zeitw ständig
 Inkontinenzmaterial benötigt? ja nein wenn ja: zeitw ständig
 Örtlich orientiert? ja nein wenn nein: zeitw. ständig
 Zeitlich orientiert? ja nein wenn nein: zeitw. ständig
 Zu sich selbst orientiert? ja nein wenn nein: zeitw. ständig
 Situativ orientiert? ja nein wenn nein: zeitw. ständig

 Patient*in weglaufgefährdet? ja nein ständige Aufsicht erforderlich?
 Gefährliche Eigenschaften? ja nein wenn ja, welche:
 (z. B. Eigene-/Fremdgefährdung) _____
 Suchtverhalten? ja nein wenn ja, welche:

 Probleme im Schlafverhalten? ja nein wenn ja, welche:

In folgenden Themenbereichen ist die Hilfestellung teilweise bis überwiegend notwendig:

- Essen und Trinken Aufstehen / Hinsetzen Waschen / Duschen
 Frisieren / Rasur An- und Auskleiden benutzen der Toilette
 Medikamentenverwaltung Medikamenteneinnahme sich beschäftigen
 Lagerung Sonstiges, welche Hilfen:

Sind **freiheitseinschränkende Maßnahmen** nein ja wenn ja, welche:
 (einschließlich Verabreichung von Psychopharmaka) notwendig?

Liegt ein **richterlicher Beschluss** vor? nein ja wenn ja, welche:

Raum für zusätzliche Mitteilungen:

FO SZ-086-f-Ärztliche Fragebogen.docx Stand 02/2022

**Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme in eine stationäre Pflege- und Betreuungseinrichtung
(„Frei von ansteckenden Krankheiten“)**

| |
|----------------------------------|
| Name, Vorname |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort |
| geboren am |

Ist der*die Patient*in frei von ansteckenden Krankheiten gem. § 6 meldepflichtige Krankheiten IfSG?

ja nein

Liegen Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor gem. § 35 Abs. 4 IfSG vor?

ja nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Auszug § 35, Abs. 5 IfSG:

Personen, die in einer in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Einrichtung aufgenommen werden sollen, haben der Leitung der Einrichtung vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei der erstmaligen Aufnahme darf die Erhebung der Befunde, die dem ärztlichen Zeugnis zugrunde liegt, nicht länger als sechs Monate zurückliegen, bei einer erneuten Aufnahme darf sie nicht länger als zwölf Monate zurückliegen.