

Ärztlicher Fragebogen

Seniorenheim der Elisabeth- Stiftung des DRK

Alte Talstr. 4 55743 Kirschweiler

Tel. : 0 67 81 – 50 76 0

Fax : 0 67 81 – 50 76 14


Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Patient ist	<input type="checkbox"/> gefähig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe gefähig	<input type="checkbox"/> nicht gefähig
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Patient ist	<input type="checkbox"/> nicht bettlägrig	<input type="checkbox"/> häufig bettlägrig	<input type="checkbox"/> ständig bettlägrig
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja, ständig
	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter letzter Wechsel :		
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja, ständig
Hilfsbedürftigkeit	<input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Ankleiden/ Auskleiden <input type="checkbox"/> Waschen / Baden <input type="checkbox"/> Frisieren/ Rasieren <input type="checkbox"/> Aufstehen/ Zubettgehen <input type="checkbox"/> Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/>		
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
Gefährliche Eigenschaften	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
Körperliche Behinderung/ Geistig/ seelische Behinderung oder Störung			
Ist eine Diät erforderlich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
Diagnosen			
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
Liegt eine ansteckende Krankheit vor ?			
Sonstige Bemerkungen			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Bitte unbedingt auch die Rückseite ausfüllen !

bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum	Seite	1
QM	März 2006	23.04.2006	von	2

Kapitel 3.1	Qualitätsmanagement-Handbuch Geltungsbereich: Seniorenheim	Elisabeth-Stiftung 
----------------	--	--

Ärztliche Bescheinigung

Mitteilung

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt in Rheinland - Pfalz hat alle Altenheime angewiesen, dass nach dem Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (SeuchRNeuG) jeder Bewerber/Mitbürger der in ein Altenheim aufgenommen werden möchte, ein ärztliches Attest/Zeugnis der Heimleitung vorlegen soll.

In § 36 Abs. 4 SeuchRNeuG heißt es:

„Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung im Sinne des § 1 Abs.1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose vorhanden sind.“

Name des Patienten: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

Nach § 36 Abs. 4 des SeuchRNeuG müssen Personen, die in ein Altenheim aufgenommen werden, frei von ansteckenden Krankheiten sein.

Ich versichere, dass der o.g. Patient frei von ansteckenden Krankheiten ist und nicht an Hepatitis B oder Hepatitis C erkrankt ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum	Seite	2
QM	März 2006	23.04.2006	von	2