



Ärztlicher Fragebogen für die Aufnahme Haus Leonie Haus Tannenhof

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon-Nummer
Derzeitiger Aufenthalt		Krankenkasse	Angehöriger/Betreuer

Die Notwendigkeit der Unterbringung besteht wegen

- Altersgebrechlichkeit Körperbehinderung
 geistig-seelische Störung geistig-seelische Behinderung
 Sonstige _____

Besondere Eigenschaften

- Gefähigkeit ohne Hilfsmittel mit Hilfsmittel nicht gefähig
Inkontinenz Stuhl dauernd zeitweise Dauerkatheter
Inkontinenz Urin dauernd zeitweise Dauerkatheter
Desorientierung örtlich zeitlich zur Person
Unruhezustände nachts nie gelegentlich dauernd
Suchtkrankheit(en) nein ja, welche? _____

Gefährliche Eigenschaften nein ja, Art? _____

Erkrankungen

- MRSA-Erkrankung nein ja, wo _____
 nicht bekannt
- Frei von ansteckenden
Krankheiten (TB etc.) ja nein, welche? _____

Medikamentöse Einstellung

Medikament	Menge	Höchst-Tagesdosis	Bedarfsmedikation	
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Medikamentenplan wird gesondert ausgestellt, da Platz nicht ausreichend.

Wundbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dekubitus vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Injektionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Infusionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PEG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nasale Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Antikoagulation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Patientenfixierung ja nein

Wenn ja, Antrag beim Amtsgericht gestellt: ja nein

Beschluss nach § 1906 liegt vor: ja nein

Wenn ja, Laufzeit bis: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
des Arztes