



**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