



## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

2. Medizinische Diagnosen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Krankheitsbedingte Besonderheiten:

Heparin

Herzschrittmacher

Marcumar

5. Vorhandene Wunden/Dekubitus, wie versorgt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Träger der Malteser Marienhospital Pflegeeinrichtung ist:  
**Malteser Marienhospital Erlangen gGmbH**

Spardorfer Str. 32  
91054 Erlangen  
Telefon: 09131 802-0  
Telefax: 09131 802-200  
verwaltung@marienhospital-erlangen.de  
www.marienhospital-erlangen.de

Geschäftsführung:  
Dr. Franz Graf von Hamoncourt (Vors.),  
Anja Sakwe Nakonji

HRB 11683, Amtsgericht Fürth,  
Sitz 91054 Erlangen

Steuernr.: 218/5761/1133 (Organträger)

6. Nachweis gemäß § 36 Abs. 4 IfSG (Infektionsschutzgesetz)

- Bei dem Bewohner sind keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose oder einer anderen ansteckenden Krankheit vorhanden.

7. Suchtkrankheiten:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

8. Körperl. Behinderung:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

9. Wie ist die Gemütsverfassung/seelische Stimmung: \_\_\_\_\_

10. Hilfsbedürftigkeit beim:

(bitte ankreuzen)	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Aufstehen aus dem Bett				
Zubettgehen				
An-/Auskleiden				
Waschen				
Frisieren/Rasieren				
Essen				
Benutzung der Toilette				

11. Ist der/die Bewohner/in bettlägerig?  häufig  ständig

12. Ist der/die Bewohner/in sturzgefährdet?  nein  ja

13. Liegt Inkontinenz vor?

(bitte ankreuzen)	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				

14. Ist der/die Bewohner/in desorientiert?

(bitte ankreuzen)	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
örtlich				
zeitlich				
persönlich				
situativ				

Besteht Weglaufgefahr?  nein  ja

Ist eine Fixierung notwendig?  nein  ja

richterlicher Beschluss vorhanden:  nein  ja seit: \_\_\_\_\_

15. Treten nachts Unruhezustände auf?  nein  gelegentlich  häufig  dauernd

16. Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

17. Ernährungszustand: BMI: \_\_\_\_\_

übergewichtig  gut  Risikobereich zum Untergewicht  untergewichtig

18. Diät / Schonkost erforderlich:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

19. Der/Die Bewohner/in ist versorgt mit (bitte ankreuzen):

Sonden:  Magensonde  PEG-Sonde  PEJ-Sonde  
Sondenernährung:  vollständig  teilweise  
zusätzlich möglich:  Nahrung  Flüssigkeit  
Applikation:  per Pumpe  per Schwerkraft  per Bolus

Tracheostoma

suprapubischem Katheter, gelegt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

transurethralem Katheter:  Silikon  Latex CH: \_\_\_\_\_  
gelegt am: \_\_\_\_\_ Wechsel fällig am: \_\_\_\_\_

Inkontinenzprodukten: \_\_\_\_\_

Anus praeter: \_\_\_\_\_

Prothesen: \_\_\_\_\_

Hilfsmitteln: \_\_\_\_\_

Sonstigem: \_\_\_\_\_

20. Medikamente, die regelmäßig verabreicht werden müssen:

Abkürzungen der Verabreichungsform in der Spalte Form <b>Br</b> = Brausetablette / <b>D</b> = Dragée / <b>Da</b> = Dosieraerosol / <b>G</b> = Gel / <b>Kps</b> = Kapsel / <b>Kt</b> = Kautablette / <b>Lsø</b> = Lösung (ml) / <b>Pa</b> = Paste / <b>Pu</b> = Pulver / <b>Sa</b> = Saft (ml) / <b>Thl</b> = Tabletten / <b>Tr</b> = Tronfen (Anz) / <b>Z</b> = Zäpfchen
--

Medikamentenname/Wirkstoff :	Form:	früh:	mittags:	abends:	nachts:

21. Bedarfsmedikation:

Medikamentenname/Wirkstoff:	Form:	Einzel-dosis:	Max. Dosis/24 Std.

22. Hat der Bewohner chronische Schmerzen?  nein  ja

23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24. Bisheriger ambulanter Pflegedienst (Bitte Adresse und Ansprechpartner angeben!):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Pflegeeinstufung:

Einstufung bereits beantragt:  nein  ja,

wann: \_\_\_\_\_

bei Pflegekasse: \_\_\_\_\_

bisher anerkannter Pflegegrad:  G1  G2  G3  G4  G5

keine Pflegebedürftigkeit

**Bei einem vorherigen Aufenthalt in einem Krankenhaus ist  
der Pflegeverlegungsbericht erforderlich!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes