

Dieser Fragebogen ist von der Hausärztin/vom Hausarzt oder bei Krankenhausaufenthalt von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt auszufüllen und dient ausschließlich für den Zweck der Heimaufnahme.



Stand März 2026

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

für die Aufnahme in ein Bezirksalten- und Pflegeheim des SHV Schärディング

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Ärztliche Diagnosen, Vorerkrankungen bzw. Operationen:

Derzeit eingenommene Medikamente:

Bezeichnung	früh	mittags	abends	nachts

Rezeptgebühren befreit ja nein siehe beiliegende Medikamentenliste

krankenversichert bei: _____

Verständigung:

- schwerhörig taub Hörgerät (R. u/od. L) nicht beeinträchtigt
 Aphasie Visuseinschränkung Brillenträger nicht beeinträchtigt

Kostform-Diät:

- Normalkost feste Nahrung Breikost
 Schonkost Diät: _____ Sondennahrung

Angaben zum Allgemeinzustand:

Orientierung:	zeitlich	örtlich	zur Person
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nicht immer
	Weglauftendenz	Nächtliche Desorientiertheit	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	

Besteht eine freiheitsbeschränkende Maßnahme im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG): ja nein

Liegt eine ernstliche und erhebliche Eigen-/Fremdgefährdung vor?

ja nein Gefährdungspotenzial beschreiben (Prognose zu gegenwärtigem Zustandsbild und Entwicklung)

Sonstiges:

Antikoagulation <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>	Implantat <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/>	Harninkontinenz <input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/>
Insulinpflichtig <input type="checkbox"/>	Dauerkatheter <input type="checkbox"/>	Stoma <input type="checkbox"/>
Suchtkrankheiten	Mobilität	Andere bekannte infektiöse Erkrankungen: _____ _____ _____
Alkohol <input type="checkbox"/>	gehend <input type="checkbox"/>	
Medikamente <input type="checkbox"/>	gehend mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/>	
Nikotin <input type="checkbox"/>	bettlägerig <input type="checkbox"/>	

Allergien: _____

Gründe der Heimunterbringung aus ärztlicher Sicht:

Unterschriftsleistung der Antragstellerin/des Antragstellers ist **nicht möglich**, weil:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
der Ärztin/des Arztes