



M.E.D. Gesellschaft für Altenpflege mbH

Werner-Seelenbinder-Ring 4 | 03048 Cottbus

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme im

- Pflegezentrum Cottbus-Sachsendorf Seniorenresidenz Calau Seniorenheim Spremberg Seniorenheim Ruhland
 Haus Almaeck Großräschener Haus Wiesenblick Cottbus

Familienname (ggf. auch Geburtsname)			
Vorname(n)			
Geburtsdatum			
Größe und Gewicht	Größe: _____	Gewicht: _____	
Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung d. Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung d. Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> bei	
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
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
Gefährliche Eigenschaften?			
Suchtkrankheit?			

Körperliche Behinderung(en) -Art-	
Geistig-seelische Behinde- rung(en) oder Störung -Art-	
Ist Patient frei von meldepflich- tigen Krankheiten gem. § 6 Infek- tionsschutzgesetz? -bitte genau bezeichnen-	
Diagnosen	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen, versehen mit Stempel und Unterschrift.
Ist Diät / Schonkost erforderlich? -Wenn ja, welcher Art?-	
Hinweise, Bemerkungen des Arztes	

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------

Ärztliches Zeugnis

gem. § 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz

Name:

Vorname:

Geburtsname:

geb. am:

Wohnort:

Straße:

Heimaufnahme in:

Hiermit wird bescheinigt, dass der o.g. Patient/in keine Hinweise auf infektiöse Krankheiten, insbesondere AIDS, Hepatitis B, SARS-CoV-2, Tuberkulose aufweist.

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

§ 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz:

„Personen, die in einer in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Einrichtung aufgenommen werden sollen, haben der Leitung der Einrichtung vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei der erstmaligen Aufnahme darf die Erhebung der Befunde, die dem ärztlichen Zeugnis zugrunde liegt, nicht länger als sechs Monate zurückliegen, bei einer erneuten Aufnahme darf sie nicht länger als zwölf Monate zurückliegen“