



# 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  
 Kurzzeitpflegestation CTK   
  Haus Almaeck Großräschen   
  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 Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <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?	

<p>Körperliche Behinderung(en) -Art-</p>	
<p>Geistig-seelische Behinderung(en) oder Störung -Art-</p>	
<p>Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten gem. § 36 Infektionsschutzgesetz? (siehe Anlage) -bitte genau bezeichnen-</p>	
<p>Diagnosen</p>	
<p>Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</p>	<p><b>Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen, versehen mit Stempel und Unterschrift.</b></p>
<p>Ist Diät / Schonkost erforderlich? -Wenn ja, welcher Art?-</p>	
<p>Hinweise, Bemerkungen des Arztes</p>	
<p>Ort, Datum</p>	<p>Stempel und Unterschrift des Arztes</p>

---

Arztstempel

---

Datum

## Ärztliches Zeugnis gem. § 36 Infektionsschutzgesetz

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Heimaufnahme in: \_\_\_\_\_

Die Röntgenaufnahme der Atmungsorgane vom \_\_\_\_\_  
Untersuchungsdatum

ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

### § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz:

*„Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 oder 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind; bei erstmaliger Aufnahme darf die Erhebung der Befunde nicht länger als 6 Monate, bei erneuter Aufnahme 12 Monate zurückliegen.“*