

1. Körpergröße? _____ cm	2. Körpergewicht? _____ kg
3. Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer
4. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> ständig
6. Beherrschung des Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht ständig
7. Beherrschung des Uringangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht ständig
8. Ist der Patient örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht ständig
9. Ist der Patient zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht ständig
10. Ist der Patient nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht ständig
11. Ist eine spezielle Diät erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche/seit wann?->
12. Liegen Suchtkrankheiten vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche/seit wann?->
13. Körperliche Störungen/Behinderungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche/seit wann?->
14. Geistige Störungen/Behinderungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche/seit wann?->
15. Bedarf der Patient der besonderen Aufsicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche/seit wann?->
16. Patient frei von ansteckenden Krankheiten? (insbes. Lungentuberkulose lt. Infektionsschutzgesetz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche/seit wann?->
17. Besondere Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche/seit wann?->
18. Ist der Patient hilfebedürftig?	<input type="checkbox"/> Toiletten-Benutzung <input type="checkbox"/> Waschen/Baden <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> Lagern zur Bettruhe <input type="checkbox"/> Essen/Trinken <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/>
19. Diagnosen:	
20. Medikation:	
21. Hinweise/Bemerkungen des Arztes:	

Patient/-in/Antragsteller/-in

▲ Name ▲ Vorname

▲ Str./Nr.

▲ PLZ/Ort

Mit der Weitergabe dieser Informationen bin ich einverstanden und entbinde den Arzt von der Schweigepflicht.

▲ Ort/Datum ▲ Unterschrift Patient/-in

Behandelnder Arzt

▲ Name ▲ Vorname

▲ Str./Nr.

▲ PLZ/Ort

Wird der Patient von Ihnen im Heim weiterbehandelt?

ja nein

▲ Ort/Datum ▲ Stempel/Unterschrift Arzt

Mit dem Gesetz zur Neuordnung seuchenrelevanter Vorschriften vom 20.07.2000 ist das Bundesseuchengesetz novelliert. Das Infektionsschutzgesetz, das am 01.01.2001 in Kraft getreten ist, hat für alle Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen nachfolgende Vorschriften zum Inhalt.

In § 36 Abs. 4 des Gesetzes zur Neuregelung seuchenrechtlicher Vorschriften heißt es:

"Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder gleichartigen 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 ansteckenden Lungentuberkulose vorhanden sind."

Wir bitten Sie, diese Bescheinigung vom behandelnden Arzt ausfüllen zu lassen.

Ärztliche Bescheinigung lt. IfSG § 36 Abs. 4

Frau/Herr _____

geb. am _____

ist frei von einer ansteckungsfähigen
Tuberkulose der Atmungsorgane.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes