

### Ärztliche Stellungnahme

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Träger: BRK KREISVERBAN REGENSBURGRG

Tel.: 0941.29 88 0

Fax: 0941.27 02 56

Mail: [empfang-rkh@kvregensburg.brk.de](mailto:empfang-rkh@kvregensburg.brk.de)

1. Name, Vorname	Anschrift
2. Geburtsdatum	

3. aktuelle Diagnosen:

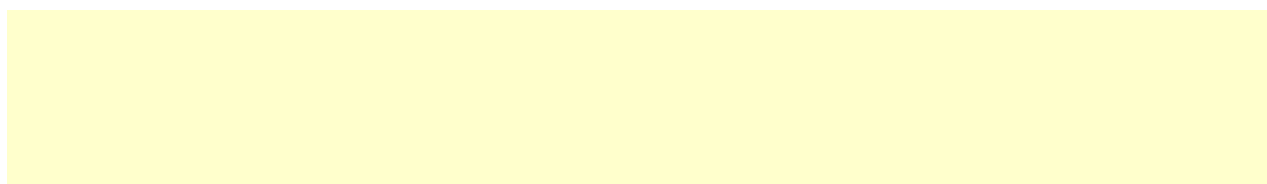
4. Ist der Patient gehfähig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> nein
5. Treppensteigen möglich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> nein
6. Ist der Patient bettlägerig?	<input type="radio"/> ja, ständig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> nein
a) Wechseldruckmatratze erforderlich?	<input type="radio"/> ja, ständig		<input type="radio"/> nein
b) Dekubitus	<input type="radio"/> ja <sup>1</sup>		<input type="radio"/> nein
7. Besteht Harninkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> DK <input type="radio"/> Puffi
8. Besteht Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Stoma
9. Braucht Hilfe beim	<input type="radio"/> Essen, Trinken	<input type="radio"/> Körperpflege	<input type="radio"/> Ankleiden, Auskleiden
		<input type="radio"/> Aufstehen aus dem Bett	<input type="radio"/> Aufsuchen oder Benutzen der Toilette
10. Ist der Patient zeitlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
11. Ist der Patient örtlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
12. Ist der Patient persönlich orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
13. Ist der Patient situativ orientiert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
14. Besteht Weglauftendenz?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
15. Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung?	<input type="radio"/> ja und zwar		<input type="radio"/> nein
16. Sind Suchtkrankheiten bekannt?	<input type="radio"/> ja, und zwar		<input type="radio"/> nein
17. Körperliche Behinderung(en)?	<input type="radio"/> ja, und zwar		<input type="radio"/> nein

<sup>1</sup> Wenn „JA“ → bitte genaue Beschreibung auf gesondertem Blatt

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung Januar 2018	Seite	1/2
HL	HL		Version	5.0
Ärztliche Stellungnahme zur Heimaufnahme 12 2016 Version 5_0			Stand	12 / 2016

18. Geistig-seelische Störungen?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
19. Sehbehindert?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
20. Besteht Schwerhörigkeit?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
21. Bestehen Allergien oder Anfallsleiden?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
22. Port-Katheter oder ähnl. ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
23. Tracheostoma / O2-Gerät erforderl. der ähnl. ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
24. Herzschrittmacher oder ähnl. überwachungspflichtige Implantate?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
25. Spezielle Diät erforderlich ?	<input type="radio"/> ja, und zwar	<input type="radio"/> nein
<b>26. Ist der Patient frei von anstecken-den Krankheiten (auch TBC)?</b> Frage muss vor Einzug im Hinblick auf meldepflichtige Erkrankungen (§ 6, IfSG) vom Arzt mit ja beantwortet sein (Grundvoraussetzung zur Heimaufnahme!): <input type="radio"/> ja, letzte Untersuchung am: _____ <input type="radio"/> nein		
<b>27. Ist der Patient frei von krankenhauserworbenen (nosokomialen) Krankheiten?</b> Frage muss vor Einzug im Hinblick auf besondere Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen (Doppelzimmer nicht möglich!) beantwortet werden!: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein (genaue Beschreibung):		
<b>28. Zum Zeitpunkt der Anmeldung aktuelle Medikation:</b>  		
<b>30. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:</b>  		

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt..



Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung Januar 2018	Seite	2/2
HL	HL		Version	5.0
Ärztliche Stellungnahme zur Heimaufnahme 12 2016 Version 5_0			Stand	12 / 2016