

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Hausarzt, Adresse: _____

Der / die oben genannte Person soll in auf die Pflegestation der Klinik Eichstätt aufgenommen werden.

Ärztliche Bescheinigung

Gemäß § 36 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG).

Hiermit wird bestätigt, dass bei der obengenannten Person keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Es sind auch keine anderen ansteckenden Krankheiten (z.B. MRSA, Sars-CoV-2) zu erkennen.

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Name	Vorname	geb	
Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Ist der Patient bettlägrig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Ist der Patient harninkontinent?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Ist der Patient stuhlinkontinent?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Hilfe benötigt beim	<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Mobilisation	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Grundpflege	<input type="checkbox"/> An- & Auskleiden	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Positionswechsel	<input type="checkbox"/> Toilettengang	
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
Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
Körperliche Behinderungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
Sind Hilfsmittel nötig?	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Zahnprothese
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten
<input type="checkbox"/> Sonstige			
Geistig, seelische Behinderung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
MRSA-Träger	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Sars-CoV-2-Träger	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
	Datum letzter Test:		
Symptome vorhanden	<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Rachenentzündung
<input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmackseinschränkung	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>
Symptome bestehen in einem Zusammenhang mit einer möglichen Covid-Infektion			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Begründung:			
Sonstige ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
Diagnosen			
Bemerkungen			

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Bitte aktuellen Medikamentenplan beilegen