



## Fragebogen Arzt

Anlässlich einer Heimanmeldung im Luisenheim

An  
 Vinzenz von Paul Hospital gGmbH  
 Luisenheim  
 Postfach 1465  
 78614 Rottweil

Eingangsstempel Luisenheim

1.

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	

2. Benötigt  
der /die Patient/in  
Hilfe bei der

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

### Körperpflege

Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ernährung

Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### Mobilität

Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhezustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medizinische Behandlungspflege

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Liegt bei dem/der Patient/in eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vor?

Ja  Nein

Sind Maßnahmen / Hilfen der Eingliederungshilfe im Rahmen der § 54ff SGB XII angezeigt?

Ja  Nein

4. Ist der/die Patient/in

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Erforderlichkeit freiheitsbeschränkender und - entziehender Maßnahmen**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Bauchgurt/Bettgitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vormundschaftsgerichtlich genehmigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aufnahme in beschützend (geschlossen) geführte Wohngruppe					
<input type="checkbox"/> Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB liegt vor.					
<input type="checkbox"/> Unterbringungsantrag nach § 1906 BGB gestellt am: _____					

---

**6. Inkontinenz**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, in welcher Form? \_\_\_\_\_

---

---

**7. Wie ist die**

seelische Verfassung? \_\_\_\_\_

---

**8. Bestehen**

Suchtkrankheiten? \_\_\_\_\_

---

**9. Körperliche**

Behinderung? \_\_\_\_\_

(wenn ja, welcher Art) \_\_\_\_\_

---

**10. Psychische**

Störung? \_\_\_\_\_

(wenn ja, welcher Art) \_\_\_\_\_

---

**11. Der Antragsteller ist MRSA frei?**

Ja       Nein       unbekannt

Sofern unbekannt, bitte eine MRSA - Untersuchung vornehmen.

Befund bitte in Kopieform beilegen.

**12.** Bestehen ansteckende \_\_\_\_\_  
Krankheiten? \_\_\_\_\_  
siehe beiliegendes \_\_\_\_\_  
ärztliches Zeugnis \_\_\_\_\_  
nach § 36 Abs. 4 IfSG \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13.** Diagnose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14.** Medikamente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15.** Diät oder Schonkost? \_\_\_\_\_  
(Wenn ja, welcher Art) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16.** Hinweise, \_\_\_\_\_  
z.B. Maßregelvollzug \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persönliche Begutachtung  
der aufzunehmenden Person  
liegt vor

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes
-------------------------------------

Auszug aus dem:

**Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

**§ 36**

**Einhaltung der Infektionshygiene**

**(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des §1 Abs. 1 oder 1a des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler 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 Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler muss sich das Zeugnis bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, auf eine im Geltungsbereich dieses Gesetzes erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen; bei erstmaliger Aufnahme darf die Erhebung der Befunde nicht länger als sechs Monate, bei erneuerter Aufnahme zwölf Monate zurückliegen. Bei Schwangeren ist von der Röntgenaufnahme abzusehen; stattdessen ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass nach sonstigen Befunden eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose nicht zu befürchten ist. §34 Abs. 4 gilt entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Personen, die weniger als drei Tage in einer Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose aufgenommen werden. Personen, die nach Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, die für die Ausstellung des Zeugnisses nach Satz 1 und 2 erforderlichen Untersuchungen zu dulden.

**Ärztliches Zeugnis**

Bei Herrn/Frau \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Untersuchung am: \_\_\_\_\_

sind keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden.

Stempel und Unterschrift des Arztes
-------------------------------------

Auf Anforderung wird diese Bescheinigung bei einer Heimaufnahme durch das Vinzenz von Paul Hospital, Luisenheim dem Gesundheitsamt Rottweil vorgelegt.