

Ärztlicher Fragebogen

Vom Arzt auszufüllen

Kreisverband Fürstenfeldbruck

**Polzstr. 11
82256 Fürstenfeldbruck
Fax 08141 / 8887-220**



Bitte Rückfax an



**Ihr Ansprechpartner:
Verwaltung
info.ph-ffb@brk.de**

Name/Vorname

Geburtsdatum

Pflegegrad

Ansprechpartner/Telefon (wichtig)
Station/Sozialdienst/Angehöriger

Hausarzt

Aufnahme gewünscht am

Dauerpflege (D) oder Kurzzeitpflege (KZP)

Derzeit zu Hause oder im Krankenhaus?

Diagnosen (leserlich)
und Besonderheiten
Wundversorgung?

Medikamente / Mediblatt beilegen

Suchterkrankung ja ☐ nein ☐
Welche?

Doppelzimmer-tauglich? ja ☐ nein ☐

Warum
Ansteckende Krankheiten oder

Verdacht darauf
z. B. Corona, MRSA, Hepatitis,
ESBL, Noro o. a.? Welche?

ja ☐ nein ☐

Sauerstoffversorgung? Welche?

Schluckstörung

ja ☐ nein ☐

Zeitlich orientiert

ja ☐ nein ☐

Örtlich orientiert

ja ☐ nein ☐

Persönlich orientiert

ja ☐ nein ☐

Situativ orientiert

ja ☐ nein ☐

Gestörter Tag-/Nachtrythmus?

Ja ☐ nein ☐

Falls ja, in welcher Form

(ruft, klopft, irrt umher)

Inkontinenzversorgung erforderlich?

ja ☐ nein ☐

Stuhl / Harn / Katheter / Stoma

Toilettengang selbständig

ja ☐ nein ☐

Ist der Patient auffällig

ja ☐ nein ☐

im Verhalten? In welcher Form?

Eigen- oder Fremdgefährdung

ja ☐ nein ☐

Mobilität eingeschränkt?

Ja ☐ nein ☐

Hilfsmittel? (Rollstuhl oder Rollator)

Sturzgefährdet

ja ☐ nein ☐

Gewicht / Größe

Ist der Patient bettlägerig?

Ja ☐ nein ☐

Ort / Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Lieber Interessent/in,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Aufnahme in unserem Haus. Um über eine Aufnahme entscheiden zu können und ggf. auf der Warteliste zu stehen, bitten wir Sie, den Aufnahmeantrag gemeinsam mit dem ärztlichen Fragebogen bei uns ausgefüllt abzugeben.

Vor- und Nachname des zukünftigen Bewohners: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Stadt: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Ich interessiere mich für ☐ einen Kurzzeitpflegeplatz; ☐ einen LangzeitpflegeplatzZum ☐ nächstmöglichen Zeitraum; ☐ Zum _____

Pflegegrad: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Mein Hausarzt ist (Namen, Anschrift): _____

Es besteht ☐ eine gesetzliche Betreuung; ☐ eine Vollmacht

Name des Betreuers/Bevollmächtigten: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Ggf. Fax, Mail: _____

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung August 2024	Seite	1/4
M. Ruttmann	B. Butz		Version	1.1
			Stand	08/2024

Weitere Angehörige:

Vorname, Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beziehungsstatus:

Weitere Angehörige:

Vorname, Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beziehungsstatus:

Bitte legen Sie diesem Antrag, spätestens jedoch bei Einzug noch folgende Unterlagen bei:

- ☐ Kopie des Personalausweises
- ☐ Kopie der Vollmacht/Betreuerausweis
- ☐ Kopie der Patientenverfügung

Datum

Unterschrift

erarbeitet	freigegeben	Überprüfung <i>August 2024</i>	Seite	2/4
M. Ruttmann	B. Butz		Version	1.1
			Stand	08/2024