

**Ärztliches Zeugnis nach § 36 (Abs. 4) des
Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Die ärztliche Untersuchungen von Frau / Herrn

Name, Vorname, Geburtsdatum

wohnhaft in

ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes / Krankenhaus

Hinweis: Auftraggeber/in dieses Ärztlichen Fragebogens ist der/die Patient/in

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname									
Geburtsdatum									
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<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"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<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"/>	Mobilisation erforderlich	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja: Unterstützung	<input type="checkbox"/>	volle Übernahme	<input type="checkbox"/>	
Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beaufsichtigung	<input type="checkbox"/>	Anleitung	<input type="checkbox"/>	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfsmiteinsatz	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:				
Anuspraeter	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein	Suprapubischer Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein
Urostoma / Nephrostoma	<input type="checkbox"/> ja			<input type="checkbox"/> nein					
Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?									
Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?									
Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welche)?									
Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?									
Kontrakturen (wenn ja, welcher Art)?									
Lähmungen (wenn ja, welcher Art)?									
Bestehen ansteckende Krankheiten? Wie z.B. TBC und MRSA entsprechend Infektionsschutzgesetz (bitte genau bezeichnen)									

Diagnose

Wundbehandlung ja nein Dekubitus vorhanden ja nein

Wo: Grad (I – IV):

Wie: Lokalisation:

Welche Medikamente müssen gegeben werden ?

.....
.....

Injektion/Infusion:

.....

Art der Injektion/Infusion:

.....

Insulinpflichtig ja nein Allergien ja nein

Ist der/die Patient/in mit Antikoagulation eingestellt?

ja nein wenn ja, welche:

welche: Bluthochdruck ja nein

Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

PEG ja nein

Nasale Sonde ja nein

Wurde Patient/in fixiert? ja nein

wenn ja, wurde Antrag auf Fixierung beim Amtsgericht gestellt? ja nein

Wann wurde Antrag gestellt?:

Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person







Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum

Hinweis: Auftraggeber/in dieses Ärztlichen Fragebogens ist der/die Patient/in

Heimaufnahme

Vor- und Zuname			Geburtsname
Adresse	Straße/PLZ/Ort		
			
Derzeitiger Aufenthalt	Straße/PLZ/Ort		
			
Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort	
Familienstand	Konfession		Staats- angehörigkeit
Angehörige	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		
	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		
gesetzliche/r Betreuer/in (nach Betreuungsrecht)	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
			
Aufgabenbereiche der Betreuung			
Hausarzt	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
			
	kommt zum Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kranken-/Pflegekasse			Pflegegrad
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewünschter Wohnraum	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
Telefon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Fernseher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen			
	Ich habe eine Auflistung der Kosten für die beantragte Leistung erhalten		<input type="checkbox"/>
	Ein Antrag auf Leistungen der Pflegekasse wird/wurde von mir gestellt		<input type="checkbox"/>
Aufnahme als ?	<input type="checkbox"/> Kurzzeit von _____ bis _____		<input type="checkbox"/> Vollstationär