


<b>Seniorenheim der Elisabeth-Stiftung des DRK</b>	
Alte Talstraße 4	55743 Kirschweiler
Tel.: 0 67 81 – 50 76 0	Fax.: 0 67 81 – 50 76 14

<b>Name, Vorname:</b>		<b>Geb. Datum:</b>	
Patient ist	<input type="checkbox"/> gehfähig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe gehfähig	<input type="checkbox"/> nicht gehfähig
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Patient ist	<input type="checkbox"/> nicht bettlägerig	<input type="checkbox"/> häufig bettlägerig	<input type="checkbox"/> ständig bettlägerig
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja, ständig
	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter Ch.:                      letzte Wechsel:		
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gelegentlich	<input type="checkbox"/> ja, ständig
Hilfsbedürftigkeit bei:	<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden	
	<input type="checkbox"/> Waschen/Baden	<input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren	
	<input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Lagern/Bewegen	
	<input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	
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
Gefährliche Eigenschaften	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Körperliche Behinderung			
Geistige / seelische Behinderung oder Störung			
Diagnosen			
Liegt eine ansteckende Krankheit vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Allergien			
Ist eine Diät erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Sonstige Bemerkungen			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

**Bitte unbedingt auch die Rückseite ausfüllen!**

Elisabeth-Stiftung 	<b>FO SH-086-d</b>	Seite 2 von 2 Seiten
	<b>Ärztlicher Fragebogen/ Ärztliches Attest bzgl. ansteck. Krankheiten</b>	Stand: 04/2016

### **Mitteilung**

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt in Rheinland - Pfalz hat alle Altenheime angewiesen, dass nach dem Gesetz zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften (SeuchRNeuG) jeder Bewerber/Mitbürger der in ein Altenheim aufgenommen werden möchte, ein ärztliches Attest/Zeugnis der Heimleitung vorlegen soll.

**Lt. § 36 des Infektionsschutzgesetzes sind wir verpflichtet, ansteckende Infektionen, wie MRSA (Abstrich von Nase/Rachen), ESBL, VRE, Hepatitis B und C, Tbc etc. der Gesundheitsbehörde zu melden, daher benötigen wir als Nachweis Kopie der Untersuchungsergebnisse.**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

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

wohnhaf in: \_\_\_\_\_

Nach § 36 Abs. 4 des SeuchRNeuG müssen Personen, die in ein Altenheim aufgenommen werden, frei von ansteckenden Krankheiten sein.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Soweit in diesem Dokument die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche Form mit ein.