|  |  |
| --- | --- |
| **Pommerscher Diakonieverein e. V.****Einrichtungsname**StraßeOrt | Tel.:       Fax:      Mail:       |

|  |  |
| --- | --- |
| Herr / Frau  | geboren am  |
| **beantragt die Aufnahme in o.g. Einrichtung.** |
| **Gewicht:** |  | **Größe:** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?**
 |
|  |
|  |
|  |
| 1. **Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?**
 |
|  |
|  |
| 1. **Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?**
 |
|  |
|  |
| 1. **Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?**
 |
|  |
|  |
|  |
| 1. **Bestehen ansteckenden Krankheiten? [ ]  ja [ ]  nein**
 |
|  **Wenn ja, welche:**  |
| [ ]  Aids [ ]  Borreliose [ ]  Keuchhusten [ ]  Clostridioides difficile [ ]  Creutzfeldt-Jakob- Krankheit [ ]  Diphtherie [ ]  Enterohämorrhagische  E. coli  | [ ]  Zoster [ ]  Varizellen [ ]  Grippe [ ]  Covid 19[ ]  Hämolytisch-urämisches  Syndrom[ ]  Hepatitis A-E[ ]  Skabies[ ]  Legionellose  | [ ]  3-4 MRGN[ ]  MRSA[ ]  Mykosen[ ]  Noroviren [ ]  Pneumokokken-Infektionen [ ]  SARS[ ]  Mumps[ ]  Masern  |
| **5.a Bestehen andere ansteckende Krankheiten (bitte benennen)?** |
| [ ]  ja, welche: |
| [ ]  nein |
|  **Nur für Patienten ab Jahrgang 1970, lt. Masernschutzgesetz:****5.b.** [ ]  **Masernschutzimpfung vorhanden**Nachweis im Impfausweis/Ärztliches Zeugnis[ ]  ja [ ]  nein |
| 1. **Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:**
 |
| Gehen | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Treppensteigen | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Essen | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Waschen | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Ankleiden | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Aufstehen | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Zu Bett gehen | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Benutzen d. Toilette. | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| 1. **Ist der/die Patient/in:**
 |
| Zeitlich desorientiert | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Örtlich desorientiert | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Persönlich desorientiert | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Situativ desorientiert | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| 1. **Liegt Inkontinenz vor?**
 |
| Stuhlinkontinenz | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Harninkontinenz | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| Dauerkatheter | [ ]  nein | [ ]  ja |  |  |
| 1. **Ist der/die Patient/in bettlägerig?**
 |
|  | [ ]  nein | [ ]  gelegentlich | [ ]  häufig | [ ]  dauernd |
| 1. **Leidet der/die Patient/in an Krämpfen oder Anfällen (Angabe der Häufigkeit)**
 |
|  |
|  |
| 1. **Ist Diät, Schon- oder zusätzliche Krankenkost erforderlich?**
 |
|  |
|  |
| 1. **Welche Medikamente müssen verabreicht werden?**
 |
| **Bitte (bundeseinheitlichen) Medikamentenplan beifügen** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 1. **Diagnosen/ ICD 10-Code**
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Gemäß § 36 des Infektionsschutzgesetzes:Auszug aus § 36 Abs. 4:„Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes […] 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 erstmaliger Aufnahme darf die Erhebung der Befunde nicht länger als sechs Monate, bei erneuter Aufnahme zwölf Monate zurückliegen. […]“Der Umfang der Untersuchung liegt im Ermessen des behandelnden Arztes. **Die Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose.** |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort / Datum | Stempel und Unterschrift des Arztes |