

Ärztlicher Fragebogen

Die Angaben in diesem Fragebogen dürfen zum Beginn der Kurzzeitpflege **nicht älter als 14 Tage** sein!

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Diagnosen

Allergien:

 nein nicht bekannt ja: _____

Suchtkrankheiten:

 nein nicht bekannt ja: _____

Meldepflichtige Krankheiten im Sinne von §§ 6, 7 IFSG, z.B.:

 nein MRSA TBC AIDS HIV Hepatitis Typ C

Waren Sie bereits mit Corona-Virus infiziert?

 nein ja, wann?Sind Sie bereits gegen **Corona** geimpft worden? ja nein

1. Impfung am:

Impfstoff:

Impfarzt:

2. Impfung am:

Impfstoff:

Impfarzt:

3. Impfung am:

Impfstoff:

Impfarzt:

4. Impfung am:

Impfstoff:

Impfarzt:

 Ernährungssonde Diab. mell. Herzschrittmacher Anus präter Stuhlinkontinenz Dekubitus Harninkontinenz Blasenkatheter

Gehfähig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Rollstuhlfahrer/in:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Bettlägerig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Unruhe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein

Hilfebedarf:

<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Mobilität
<input type="checkbox"/>		

Körperliche Einschränkungen:

<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Hörstörung
<input type="checkbox"/> Lähmung	<input type="checkbox"/> Kontraktur	<input type="checkbox"/> Schluckstörung

Orientierung:

zeitlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
örtlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
situativ:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
zur Person:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein

Medikation:

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes

Anlage zum Ärztlichen Fragebogen

Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Auszug aus §36, Abs.4 IfSG:

„Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Altenpflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung im Sinne des § 1 Abs.1a 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.

[...] 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. [...]“

Auszug aus §73, Abs. 1 IfSG:

„Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig [...]“

Nr. 4: entgegen [...] § 36 [...] eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt, [...]

Nr. 19: entgegen § 36, Abs. 4, Satz 6 eine Untersuchung nicht duldet [...]“

Auszug aus § 73, Abs. 2 IfSG:

„Die Ordnungswidrigkeit kann [...] mit einer Geldbuße bis zu fünfundzwanzigtausend Euro geahndet werden.“

Erklärung

Ich, _____,
Vorname, Name

bin über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) aufgeklärt worden.

Datum

Unterschrift Bewohner*in / Betreuer*in

zurücksetzen

drucken

➔ Formular absenden