

Ärztlicher Fragebogen

Die Angaben in diesem Fragebogen dürfen zum Zeitpunkt des Heimeinzuges **nicht älter als 14 Tage** sein!

NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM

DIAGNOSEN

ALLERGIEN

nein nicht bekannt ja: _____

SUCHTKRANKHEITEN

nein nicht bekannt ja: _____

MELDEPFLICHTIGE KRANKHEITEN IM SINNE DER §§ 6, 7 IFSG, z.B.:

nein

MRSA ja

TBC ja

AIDS ja

HIV ja

HEPATITIS TYP C ja

WAREN SIE BEREITS MIT -CORONA-VIRUS INFIZIERT?

Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

SIND SIE BEREITS GEGEN CORONA GEIMPFT WORDEN?

Ja Nein

1. Impfung am:

2. Impfung am:

3. Impfung am:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ernährungssonde | <input type="checkbox"/> Diab. mell. | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Anus praeter | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> _____ |

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"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
	örtlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<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, _____, bin über meine Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) aufgeklärt worden.

Datum

Unterschrift Bewohner/in/Betreuer/in