



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme
(Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffende ankreuzen, ggfs im verschlossenen Umschlag weiterleiten)

Personalien:

Vor- und Zuname	
Geburtsdatum, Geburtsort	

Diagnosen:

Medikation inkl. Bedarfsmedikation und Dosierung:

Behandlungspflege:

vorübergehend ständig

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC, MRSA, usw.? (Bitte genaue Bezeichnung)

Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

Gehen und Stehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Essen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Waschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Aufstehen/Hinlegen ins Bett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche? _____
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche? _____
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Ist der/die Patientin

zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht immer

Ist der/die Patientin

gehfähig gehfähig mit Hilfe nicht gehfähig zeitweilig bettlägerig bettlägerig

Wie ist die Gemütsstimmung, die seelische Verfassung?

Treten Unruhezustände auf?

<input type="checkbox"/> bei Tag:	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> bei Nacht:	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

Treten Weglauftendenzen auf?

<input type="checkbox"/> bei Tag:	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
<input type="checkbox"/> bei Nacht:	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

Liegt eine psych. Veränderung vor?

Ja Nein

Wenn Ja, welcher Art? _____

Besteht eine Suchtkrankheit?

Ja Nein

Wenn Ja, welche Art? _____

Hinweise, Bemerkungen:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes