

# Ärztlicher Fragebogen

(Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

1. Vor- und Zuname .....  
Geburtsdatum .....

		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd			Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
2. Benötigt der/die Patient/in	Hilfe beim ...					Frisieren/Rasieren					
	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilette Benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
3. Ist der/die Patient/in	... zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
4. Treten nachts Unruhe-	zustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
5. Ist der/die Patient/in	bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
6. Liegt Inkontinenz vor?	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, in welcher Form?  Streß-inkontinenz  Drang-inkontinenz  Reflex-inkontinenz  Überlauf-inkontinenz  extraurethrale inkontinenz

7. Wie ist die Gemütsstimmung .....  
(die seelische Verfassung)? .....

8. Besteht eine .....  
Suchtkrankheit? .....  
(wenn ja, welche?) .....

9. Besteht körperliche .....  
Behinderung? .....  
(wenn ja, welcher Art?) .....

10. Liegen physische Störungen vor?  
(wenn ja, welcher Art?)

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC  
(bitte genau bezeichnen)

12. Diagnose

13. Gewicht des Patienten  
in kg

14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

15. Ist Diät / Schonkost erforderlich?  
(wenn ja, welcher Art?)

16. Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes