Ärztlicher Fragebogen

|  |
| --- |
| **Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme** |
| 1. Vor- und Zuname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim Nein Gelegentlich Häufig Dauernd Nein Gelegentlich Häufig Dauernd Gehen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Frisieren/Rasieren [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Treppen steigen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Aufstehen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Essen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  (aus dem Bett) [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Waschen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Zu Bett gehen [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Ankleiden [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Benutzen der Toilette [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |
| 3. Ist der/die Patient/in 4. Treten nachts [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  zeitlich [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Unruhezustände auf? desorientiert? Örtlich [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Persönlich [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  5. Ist der/die Patient/in  situativ [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  bettlägerig? [ ]  [ ]  [ ]  [ ] 6. Besteht eine Weglauftendenz? Ja 🞎  Nein [ ]  |
| 7. Liegt Inkontinenz vor?  Stuhlinkontinenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Harninkontinenz Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. (wenn ja, in welcher Form?) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 8. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 9. Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art)? Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 10. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja welcher Art?)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 11. Bestehen ansteckende Krankheiten, wie z.B. TBC?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| 12. Diagnosen:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 14. Ist Diät/Schonkost erforderlich? wenn ja, welcher Art?Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 15. Hinweise / BemerkungenKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Dieses Gutachten beruht auf einer Stempel und Unterschrift des Arztes

persönlichen Untersuchung

der aufzunehmenden Person

 Ort, Datum