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 / Bemerkungen  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Dieses Gutachten beruht auf einer Stempel und Unterschrift des Arztes

persönlichen Untersuchung

der aufzunehmenden Person

Ort, Datum