

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme									
1. Vor- und Zuname: _____									
Geburtsdatum _____									
2. Benötigt									
der/die Patient/in									
Hilfe beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen				
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(aus dem Bett)	<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"/>	Zu Bett gehen	<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"/>	Benutzen				
					der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ist der/die Patient/in									
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Treten nachts <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
desorientiert?					Unruhezustände auf?				
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ist der/die Patient/in				
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bettlägerig? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
6. Liegt Inkontinenz _____									
vor? Stuhlinkontinenz _____									
Harninkontinenz _____									
(wenn ja, in welcher Form?) _____									
7. Wie ist die _____									
Gemütsstimmung _____									
(die seelische _____									
Verfassung)? _____									
8. Besteht eine _____									
Sucht-Krankheit _____									
(wenn ja, welche)? _____									
9. Besteht _____									
körperliche _____									
Behinderung _____									
(wenn ja, welcher Art)? _____									

10. Liegen psychische _____ Störungen vor _____ (wenn ja, welcher Art)? _____
11. Bestehen ansteckende _____ Krankheiten wie z. B. _____ TBC? _____
12. Diagnose _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
13. Welche _____ Medikamente _____ müssen verabreicht _____ werden? _____ _____ _____
14. Ist Diät/Schonkost _____ erforderlich? _____ (wenn ja, welcher Art)? _____
15. Hinweise, _____ Bemerkungen _____ _____ _____ _____

Dieses Gutachten
Beruht auf einer persönlichen Untersuchung
Der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum