

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname  
 Geburtsdatum

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

	nein	gelegentl.	häufig	dauernd		nein	gelegentl.	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"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<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"/>	Zu Bett gehen	<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"/>	Benutzen der Toilette	<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"/>					

3. Ist der/die Patient/in zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Treten nachts Unruhestände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

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"/>
Blasenverweilkatheter?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

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

8. Besteht eine Sucht-Krankheit  
 Wenn ja, welche?  
 ( z. B. Rauchen, Alkohol, etc.)

9. Besteht körperliche Behinderung  
 Wenn ja, welcher Art?  
 Wird ein Hilfsmittel benutzt?

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

11. Liegt eine Tuberculose oder eine andere ansteckende Krankheit vor?  
 (z. B. MRSA-Infektion, Hauterkrankung, etc.)  
 (Bitte genau bezeichnen)

12. Diagnosen

13. Welche Medikamente  
müssen verabreicht  
werden und in welcher  
Dosierung?

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

15. Hinweise,  
Bemerkungen

Weglauftendenz ja  nein

Fremd-/Selbstgefährdung ja  nein

Dieses Gutachten  
beruht auf einer persönlichen Untersuchung  
der aufzunehmenden Person.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

