

Eingangsvermerk der Einrichtung

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

| | | |
|------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| Vor- und Zuname | | geborene |
| Geburtsdatum | Datum | |
| Benötigt der/die Patient/in Hilfen 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"/> |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aufstehen (aus dem Bett) | <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"/> | | | | | |

| Ist der/die Patient/in | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich orientiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nachts unruhig? | <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"/> | Bettlägerig? | <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"/> | | | | | |
| situativ orientiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

| Liegt eine Inkontinenz vor? | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------|
| Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Stuhl-inkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| (wenn ja, in welcher Form?) | <input type="checkbox"/> | Stress-inkontinenz | <input type="checkbox"/> | Drang-inkontinenz | <input type="checkbox"/> | Reflex-inkontinenz | <input type="checkbox"/> | Überlauf-inkontinenz | <input type="checkbox"/> | extraurethale Inkontinenz |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)? | |
| Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)? | |
| Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)? | |
| Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)? | |
| Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen) | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose) | |
| Diagnose | |
| Welche Medikamente müssen verabreicht werden? | |
| Liegen Informationen zu MRSA vor? | ja <input type="checkbox"/> , nämlich: nein <input type="checkbox"/> |
| Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?) | |
| Hinweise, Bemerkungen | |

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person |
| Ort |
| Datum |

| |
|-------------------------------------|
| Stempel und Unterschrift des Arztes |
|-------------------------------------|