

Eingangsvermerk der Einrichtung

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname			
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"/>	Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz	<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)									

Diagnose	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
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
