

An

Eingangsvermerke

(Stempel des Heimes / des Sozialamtes)

Az.:

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen X, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Vor- und Zuname			
2. Geburtstag			
3. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei	
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
15. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Körperliche Behinderung(en) - Art -	_____		
17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art -	_____		
18. Diagnose	_____		
19. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?			
20. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:	_____		

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes