

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

2. 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"/>
Treppen steigen	<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"/>					

3. Ist der/die Patient/in					4. Treten nachts Un-				
zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
persönlich desorientiert?	<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 desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

6. Liegt Inkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
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"/>						
(wenn ja, in welcher Form?)	<input type="checkbox"/>	Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethrale Inkontinenz

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. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten
Insbesondere Tuberkulose?
ja nein
Dies gilt als ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs.4
Infektionsschutzgesetz.

12. Diagnosen

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

.....
Ort

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes