

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Essen				
Waschen				
Ankleiden				

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Frisieren/Rasieren				
Aufstehen (aus dem Bett)				
Zu Bett gehen				
Benutzen der Toilette				

3. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
örtlich desorientiert?				
persönlich desorientiert?				
situativ desorientiert?				

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd

4. Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				

5. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welche)?

6. Liegen physische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

7. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen)

8. Diagnose

9. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum