

Ärztlicher Fragebogen

Eingangsvermerke des Heimes

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? _____
örtlich desorientiert? _____
persönlich desorientiert? _____
situativ desorientiert? _____

4. Treten nachts Unruhezustände auf? _____

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig _____

6. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				

(wenn ja, in welcher Form?) Stößinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extraurethrale Inkontinenz

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)? _____

8. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)? _____

9. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welche)? _____

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

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

12. Diagnose

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

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum