

Telefon 08246/96 90 8-0    Telefax 08246/96 90 8-33

Eingangsvermerke des Heimes

# 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?				
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?)     Streßinkontinenz     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) \_\_\_\_\_

