

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname

Geburtsort

geborene

Geburtsdatum

Benötigt der/die Patient/in Hilfe 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"/>					

Ist der/die Patient/in

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhe-	<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"/>	zustände auf?	<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"/>	Ist der/die Patient/in	<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"/>	bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
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?)									
extraurethrale Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlauf-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Drang-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Stress-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflex-inkontinenz	<input type="checkbox"/>

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

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

Bestehen körperliche Behinderungen (wenn ja, welcher Art?)

Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art?)

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau beschreiben)
 Liegt ein ärztliches Zeugnis nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz vor? (ja/nein)

frei von ORSA ja nein
 frei von MRSA ja nein

Diagnose

--

Welche Medikamente
müssen verabreicht
werden?

--

Ist Diät/Schonkost
erforderlich?
(wenn ja, welcher Art?)

--

Hinweise, Bemerkungen

--

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum

--

--