

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Vor- und Nachname			
2. Geburtsdatum			
3. Ist Patient gehfähig?	☐ ja	☐ nein	
4. Treppensteigen möglich?	☐ ja	☐ nein	
5. Ist Patient häufig bettlägerig?	☐ ja	☐ nein	
6. Ständig bettlägerig?	☐ ja	☐ nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?	☐ ja	☐ nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	☐ ja	☐ nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig?	☐ beim Essen ☐ beim Ankleiden ☐ beim Aufstehen aus dem Bett ☐ beim Benutzen der Toilette		☐ beim Waschen ☐ beim Frisieren / Rasieren ☐ beim Lagern zur Nacht ☐ bei
10. Örtlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
12. Nachts ruhig?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
13. Gemütsstimmung?	☐ willig	☐ freundlich	☐ verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?	☐ nein	☐ ja, welche?	
15. Suchtkrankheit?	☐ nein	☐ ja, welche?	
16. Körperliche Behinderungen – Art- _____ _____ _____			
17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung –Art- _____ _____ _____			
18. Diagnosen _____ _____ _____			
19. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)? _____			
20. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____ _____ _____			

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes