

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? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 4. Treppensteigen möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 5. Ist Patient häufig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 6. Ständig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 7. Beherrschung des Stuhlabgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 8. Beherrschung des Urinabgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 9. Fremder Hilfe bedürftig? | <input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nacht <input type="checkbox"/> bei | |
| 10. Örtlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 11. Zeitlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 12. Nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 13. Gemütsstimmung? | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> verdrießlich |
| 14. Gefährliche Eigenschaften? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |
| 15. Suchtkrankheit? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> 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