

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. Ist Patient gegen COVID 19 geimpft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____	_____		

_____, den _____

 Stempel und Unterschrift des Arztes