

Eingangsstempel

Eingangsvermerke
Nr./AZ Bitte stets eingeben!

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

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

1. Name <small>(Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)</small>			
2. Vorname <small>(Rufnamen unterstreichen)</small>			
3. Geburts-Datum			
4. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung d. Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Beherrschung d. Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10. 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 Nachtruhe <input type="checkbox"/> bei	
11. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
14. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
15. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
17. Körperliche Behinderung(en) -Art-			
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung -Art-			
19. Diagnose			
20. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)? *)			
21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			

*) aufgrund einer Röntgenaufnahme, die nicht älter als 3 Monate ist

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------