

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 (Familiename, bei Frauen auch Geburtsname)			
2. Vorname (Rufnamen unterstreichen)			
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
------------	-------------------------------------