

Ärztlicher Fragebogen
anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben			
Name, Vorname, Geburtsdatum _____			
Auszufüllen von Interessenten / Angehörigen oder Pflegekraft			
Ist Patient gehfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Benötigt Patient Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche? _____ Ist Patient häufig bettlägerig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ständig bettlägerig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beherrschung des Urinabgangs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beherrschung des Stuhlabgangs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fremder Hilfe bedürftig? <input type="checkbox"/> bei der Körperpflege <input type="checkbox"/> beim An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> bei der Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> bei der Mobilisation <input type="checkbox"/> bei den Toilettengängen <input type="checkbox"/> während der Nacht		
Örtlich orientiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zeitlich orientiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachts ruhig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gemütsstimmung? <input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> verdrießlich		
herausforderndes Verhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ (z.B. Bewegungsdrang) Suchtkrankheiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ (z.B. Nikotin Alkohol, Medikamente)			
Auszufüllen vom Hausarzt / ggf. Arzt im Krankenhaus			
Körperliche Behinderung/en – Art – _____			
Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art – _____			
Diagnosen _____			
Körpergröße: _____ Gewicht: _____			
Liegen ansteckende Krankheiten vor?			
<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C	
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Hinweise und Bemerkungen des Arztes _____			
Bearbeitungsvermerk der Heimaufnahme			
erforderliche Maßnahmen:			
<input type="checkbox"/> ja, welche: _____			
<input type="checkbox"/> nein			

Datum / Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____