



Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- u. Zuname										
Adresse	Straße/Plz/Ort									
Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim										
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ist der /die Patient/in zeitlich orientiert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
örtlich orientiert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
persönlich orientiert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
situativ orientiert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Liegt Inkontinenz vor ?										
Stuhlinkontinenz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Harninkontinenz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
wenn ja, in welcher Form ?	Stress-inkontinenz	Drang-inkontinenz	Reflex-inkontinenz	Überlauf-inkontinenz	extraurethrale-inkontinenz					
Wie ist die Gemütsstimmung ; die seelische Verfassung ?										
Besteht eine Suchtkrankheit ? Wenn ja, welche										
Besteht eine körperliche Behinderung ? Wenn ja, welcher Art										
Liegen psychische Störungen vor ? Wenn ja, welche Art										
Bestehen ansteckende Krankheiten ? Bitte genau bezeichnen !										

Diagnose	
Weche Medikamente müssen verabreicht werden	
Ist Diät/ Schonkost erforderlich ? Wenn ja, welcher Art ?	
Hinweise Bemerkungen	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes