

Bezeichnung des Heimes/Stempel

Bezeichnung des Heimes/Stempel

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<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"/>
Waschen	<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"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett) Zu Bett Gehen	<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"/>

3. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?

örtlich desorientiert

persönlich desorientiert

situativ desorientiert

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

6. Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz

Harninkontinenz

(wenn ja, in welcher Form?) Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extraurethrale Inkontinenz

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

8. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?

9. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

10. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen); Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor? (ja/nein?)

