

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Patient benötigt Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
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"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen u. 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"/>
Nächtliche Unruhezustände? Bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientierung:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontinenz:	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Liegt Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährung:	Ja	Nein
Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welches Insulin? _____		
Diät? _____		
Sondenkost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welches Produkt? _____		

Ausscheidung:	Ja	Nein
Suprabub./Dauerkatheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomaversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wunden/Dekubitus:	Ja	Nein
Ja <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Ort: _____		
Größe: _____		
Tiefe: _____		

7a - Wie ist die Seelische Verfassung?

7b - Besteht die Neigung zu aggressiven Verhalten gegenüber sich selbst oder anderen?

7c - Besteht eine Hinlauftendenz?

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

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

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

10. Liegen kognitive Erkrankungen/
Störungen der geistigen
Leistungsfähigkeit vor
(wenn ja, welcher Art)?

11. Bestehen ansteckende
Krankheiten wie z.B.
TBC, MRSA etc.?
(bitte genau bezeichnen)

12. Diagnosen

13. Welche Medikamente
müssen verabreicht
werden?

14. Werden Pflegehilfsmittel (z. B. Rollator
Rollstuhl, Anti-Dekubitus-Matratze etc.) benötigt?

15. Sind Allergien/Unverträglichkeiten von
Lebensmittelzusatzstoffen bekannt?
Wenn ja, welche?

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum: