

# Ärztlicher Fragebogen

## anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Zuname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Benötigt der/die Patient/In Hilfe 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"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung 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 desorientiert?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich	<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"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/In bettlägerig?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haminkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja  Stressink.  Drangink.  Reflexink.  Überlaufink.  extraurethral

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)? \_\_\_\_\_

Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche)? \_\_\_\_\_

Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welche) \_\_\_\_\_

Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welche) \_\_\_\_\_

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? Liegt ein ärztl. Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutz-Gesetz vor \_\_\_\_\_

Diagnosen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Welche 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