

Bezeichnung des Heimes (Stempel)

Ärztlicher Fragebogen – Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig beantwortet werden ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben.

1. Name, Geburtsname:
2. Vorname:
3. Geburtsdatum / Geburtsort:

4. Ist der Patient gehfähig? ja nein gelegentlich
5. Treppensteigen möglich? ja nein gelegentlich
6. Ist der Patient bettlägerig? ja nein gelegentlich
7. Ist er ständig bettlägerig? ja nein gelegentlich
8. Beherrschung des Urin-
gangs? ja nein gelegentlich
9. Beherrschung des Stuhl-
gangs? ja nein gelegentlich
10. Fremder Hilfe bedürftig? beim Essen beim Waschen
 beim Ankleiden beim Frisieren/Rasieren
 beim Aufstehen aus dem Bett beim Lagern zur Nachtruhe
 beim Benutzen der Toilette bei

11. Örtlich orientiert? ja nein gelegentlich
12. Zeitlich orientiert? ja nein gelegentlich
13. Nachts ruhig? ja nein gelegentlich
14. Gemütsstimmung? willig freundlich gelegentlich
15. Verhaltensauffälligkeiten
Eigengefährdung nein ja, welche.....
Fremdgefährdung nein ja, welche.....
16. Suchtkrankheiten? nein ja, welche

17. Körperliche
Behinderungen des
Patienten? - Art -
.....
.....
.....

18. Geistig-seelische
Behinderung oder
Störungen? - Art -
.....
.....
.....

19. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten auch in Bezug auf das Infektionsschutzgesetz §36 Abs. 4
(Bitte genaue Bezeichnung)

Tbc: ja nein

Scabies: ja nein

MRSA: ja nein

ORSA: ja nein

Dauerausscheider: ja nein

20. Allergien/
Unverträglichkeiten

nein ja, welche.....

21. Diagnose

.....
.....
.....
.....
.....

22. Welche Medikamente müssen dem Patienten verabreicht werden?

.....
.....
.....
.....
.....

23. Ist Diät/Schonkost erforderlich?
(Kau- und Schluckstörungen)

nein ja, welche.....

.....
.....
.....
.....

24. Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....
.....
.....
.....

.....
Ort/Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes