

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-
9. gangs?                             ja             nein             gelegentlich
10. Beherrschung des Stuhl-
11. gangs?                             ja             nein             gelegentlich
12. 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 .....
  
13. Örtlich orientiert?             ja             nein             gelegentlich
14. Zeitlich orientiert?             ja             nein             gelegentlich
15. Nachts ruhig?                     ja             nein             gelegentlich
16. Gemütsstimmung?             willig             freundlich     gelegentlich
17. Verhaltensauffällig-
- Keiten                            Eigengefährdung     nein             ja, welche.....
- Fremdgefährdung     nein             ja, welche.....
18. Suchtkrankheiten?                             nein             ja, welche .....
  
19. Körperliche
- Behinderungen des
- Patienten? - Art -
- .....
- .....
- .....
  
20. Geistig-seelische
- Behinderung oder
- Störungen? - Art -
- .....
- .....
- .....

21. 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

22. Allergien/  
Unverträglichkeiten

nein  ja, welche.....

23. Diagnose

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

24. Welche Medikamente müssen dem Patienten verabreicht werden?

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

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

nein  ja, welche.....

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

26. Hinweise und Bemerkungen des Arztes

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

.....  
Ort/Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes