

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