

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen x, ggf. verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Vor- und Zuname \_\_\_\_\_
2. Geburtstag \_\_\_\_\_
3. Ist Pat. gehfähig?  ja  nein
4. Treppensteigen möglich?  ja  nein
5. Ist Pat. häufig bettlägerig?  ja  nein
6. Ständig bettlägerig?  ja  nein
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?  ja  nein
8. Beherrschung des Urinabgangs?  ja  nein
9. Fremder Hilfe bedürftig?
 

<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen
<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe
<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>
10. Örtlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
11. Zeitlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
12. Nachts ruhig?  ja  nein  nicht immer
13. Gemütsstimmung?  willig  freundlich  verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?  nein  ja welche?
15. Suchtkrankheit?  nein  ja welche?
16. Körperliche Behinderung oder Störung - Art -  
\_\_\_\_\_
17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art  
\_\_\_\_\_
18. Diagnose  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? \_\_\_\_\_
20. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_