

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname

2. Benötigt der/die Patientin Hilfen beim

	nein	gelegentl.	häufig	dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Aufstehen(Bett)				
zu Bett gehen				
Toilette				

3. Ist der/die Patientin

	ja	nein
zeitlich desorientiert		
örtlich desorientiert		
persönlich desorientiert		
situativ desorientiert		

4. Treten nachts Unruhezustände auf ?

5. Ist der / die Patient/in bettlägerig ?

6. Liegt Inkontinenz vor ? Stuhlinkontinenz ? Harninkontinenz ?
wenn ja, in welcher Form?

Stressinkontinenz	Dranginkontinenz	Reflexinkontinenz	Überlaufinkont.	Extraurethrale Inkontin.	
-------------------	------------------	-------------------	-----------------	--------------------------	--

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)

8. Besteht eine Suchtkrankheit ? Wenn ja, welche?

9. Besteht eine körperliche Behinderung ? Wenn ja, welche ?

10. Liegen physische Störungen vor ? Wenn ja, welche ?

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC ? ggf. bitte genau bezeichnen:

12. Diagnose

13. Welche Medikamente müssen wann verabreicht werden ?

14. Ist Diät / Schonkost erforderlich ? Wenn ja, welche ?

15. Hinweise und Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Ort, Datum:.....

.....

Bitte vollständig ausfüllen und per Fax senden an 07454-40396