



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, gegebenenfalls im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Name (Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)	
Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)	
Geburts-Datum	
Größe/Gewicht	cm: _____ kg: _____
Ist Patient geh. fähig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Treppensteigen möglich	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ständig bettlägerig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beherrschung d. Stuhlabgangs	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Beherrschung d. Urinabgangs	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fremder Hilfe bedürftig	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"/>
Zeitliche Orientierung	ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen	ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Motorische Unruhe	ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe	ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung	ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gefährdung Anderer	ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Weglaufgefährdung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Suchtkrankheit?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche: _____
Körperliche Behinderung(en) - Art -	
Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art -	
Diagnosen	
Aktuelle Diagnose	
Bitte leserlich schreiben!	
Wird der Patient von Ihnen im Heim weiterbehandelt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist der Patient von ansteckenden Krankheiten befallen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> HIV ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> MRSA ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hepatitis ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tbc
Kann die fachgerechte Versorgung nur in einem Heim geleistet werden, weil ambulante Hilfen nicht ausreichen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> vorübergehend <input type="checkbox"/>

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------