



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme.

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

1 Vor- und Zuname _____ geboren am _____

2 Ist der Patient geh fähig? ja nein

3 Treppensteigen möglich? ja nein

4 Ist Patient häufig bettlägerig? ja nein

5 Ständig bettlägerig? ja nein

6 Beherrschung des Stuhlgangs? ja nein

7 Beherrschung des Urinabganges? ja nein

8 Fremder Hilfe bedürftig? beim Essen beim Waschen
 beim Ankleiden beim Frisieren/Rasieren
 beim Aufstehen beim Lagern zur Nachtruhe

beim Benutzen der Toilette bei _____

9 Örtliche Orientierung? ja nein nicht immer

10 Zeitliche Orientierung? ja nein nicht immer

11 Nachts ruhig? ja nein nicht immer

12 Gemütsstimmung willig freundlich verdrießlich

13 Gefährliche Eigenschaften? nein ja, welche? _____

14 Suchtkrankheiten? nein ja, welche? _____

15 Körperliche Behinderung(en), Art _____

16 Geistig-seelische Behinderung oder Störung, Art _____

17 Diagnosen _____

18 Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? _____

19 Hinweise und Bemerkungen des Arztes _____

_____, den _____

(Unterschrift und Stempel des Arztes)