



ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Benötigt der Patient (m/w/d) Hilfe beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen				
Baden / Duschen				
Essen				
Ankleiden				
Frisieren / Rasieren				
Aufstehen aus dem Bett				
Zu Bett gehen				
Benutzen der Toilette				

Ist der Patient (m/w/d) zeitlich desorientiert?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Örtlich desorientiert?				
Persönlich desorientiert?				
Situativ desorientiert?				

Treten nachts Unruhezustände auf?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
--	-------------	---------------------	---------------	----------------

Ist der Patient (m/w/d) bettlägerig?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
---	-------------	---------------------	---------------	----------------

Liegt eine Inkontinenz vor?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				

Ist der Patient (m/w/d) orientiert bzw. einverstanden mit der Heimaufnahme?

Ja

Nein

Besteht eine Sucht?

Ja

Nein

Wenn ja, welche _____

Besteht eine körperliche Behinderung?

Ja

Nein

Wenn ja, welche _____

Liegt eine physische Störung vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welche _____

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? Bitte genau bezeichnen!

Ja

Nein

Wenn ja, welche _____

Aufnahmediagnose

Diagnosen

Welche therapeutischen Hilfen wurden bisher angewendet?

Art _____ Umfang _____

Liegen Dekubit, sonstige Wunden oder Kontrakturen vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welche _____

zuständiger Hausarzt

Name / Adresse _____

Nächste Angehörige

1. Name _____ Telefon _____

2. Name _____ Telefon _____

3. Name _____ Telefon _____

Sprache und Sprachvermögen

Welche Medikamente müssen wann verabreicht werden?

Medikamente (auch Tropfen und Spritzen)	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Körpergewicht _____ kg

Körpergröße _____ cm

Ist eine Diät / Schonkost erforderlich?

Ja

Nein

Wenn ja, welche _____

Hinweise, Bemerkungen (Allergien, Unverträglichkeiten)

Ort, Datum

Stempel des Arztes (m/w/d)

Unterschrift des Arztes (m/w/d)