

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Heimaufnahme

Name: _____ Geboren: _____

1. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:										
Gehen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Essen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Waschen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
2. Ist der/die Patient/in:										
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
3. Treten nachts Unruhezustände auf?:										
	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
4. Ist der/die Patient/in bettlägerig?:										
	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
5. Liegt Inkontinenz vor?:										
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig	<input type="checkbox"/>	dauernd		
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja						
6. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?:										
7. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?:										
8. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welche)?:										
9. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?:										
10. Bestehen ansteckende Krankheiten nach dem IfSG, §36?:										
							<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Genauere Bezeichnung ergänzen:										

11. Diagnosen:
12. Künstliche Ernährung (wenn ja, welche Nahrung)?:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Magensonde
13. Welche Medikament müssen verabreicht werden?:
14. Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?:
15. Hinweise / Bemerkungen:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes