

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

per Fax an:  
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

Vorname .....

Nachname .....

Geburtsdatum .....

## Allgemeines

Größe ....., Gewicht .....

Ist der Patient gehfähig?  ja  nein

Ist der Patient bettlägerig?  ja  nein

Stuhlinkontinenz?  ja  nein

Harninkontinenz?  ja  nein

Unterstützungsbedarf

- bei Essen und Trinken?  ja  nein

- bei der Körperpflege?  ja  nein

- beim Ankleiden?  ja  nein

- im Bereich der Mobilität?  ja  nein

- beim Benutzen der Toilette/Umgang mit Ausscheidungen?  ja  nein

- bei .....  ja  nein

Ist der Patient örtlich orientiert?  ja  nein

Ist der Patient zeitlich orientiert?  ja  nein

Ist der Patient zur Person orientiert?  ja  nein

Verhaltensauffälligkeiten?  ja  nein

Welche? .....

Weglauff Tendenzen?  ja  nein

Suchtkrankheit?  ja  nein

Welche? .....

**Wunden**  ja  nein

Welche? .....

.....

## Ansteckende Krankheiten

ja nein

(auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche? .....

Nicht bekannt ja nein

MRSA

MRGN

Clostridien

Andere .....

## Spezielle Versorgung

ja nein

Beatmungspflichtig  Sauerstoffgabe

Tracheostoma  Port

Dialyse  .....

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?

.....

## Diagnosen

.....

.....

.....

## Allergien/Unverträglichkeiten

ja nein

Welche? .....

.....

## Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes

Ort, Datum .....