

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

---

1. Vor- und Zuname  
Geburtsdatum
- 

**Patient benötigt Hilfe beim:**

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Essen				
Waschen				
An- und Auskleiden				
Frisieren				
Aufstehen und zu Bett gehen				
Benutzen der Toilette				
Nächtliche Unruhezustände? Bettlägerig?				

<b><u>Orientierung:</u></b>	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich				
örtlich				
persönlich				
situativ				

<b><u>Kontinenz:</u></b>	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Liegt Stuhlinkontinenz vor?				
Liegt Harninkontinenz vor?				

<b><u>Ernährung:</u></b>				
Diabetes mellitus?	Ja	Nein		
Insulinpflichtig?	Ja	Nein		
Wenn ja, welches Insulin?		Einheiten:		
Diät?				
Sondenkost?	Ja	Nein		
Wenn ja, welches Produkt?				

<b><u>Ausscheidung:</u></b>				
Suprabub./Dauerkatheter?	Ja	Nein		
Stomaversorgung?	Ja	Nein		

<b><u>Dekubitus:</u></b>				
Wenn ja, Ort:	Ja	Nein		
	Größe:	Tiefe:		

---

7. Wie ist die  
Gemütstimmung  
(die seelische  
Verfassung)?
- 

8. Besteht eine  
Sucht-Krankheit  
(wenn ja, welche)?

## Ärztlicher Fragebogen

9. Besteht  
körperliche  
Behinderung  
(wenn ja,  
welcher Art)?

---

10. Liegen psychische  
Störungen vor  
(wenn ja,  
welcher Art)?

---

11. Bestehen ansteckende  
Krankheiten wie z.B.  
TBC, MRSA, etc.?  
(bitte genau bezeichnen)

---

12. Diagnosen

---

13. Welche Medikamente  
müssen verabreicht  
werden?

---

14. Hinweise,  
Bemerkungen

---

Diese Gutachten  
beruht auf einer persönlichen Untersuchung  
der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort:

Datum: