

Eingangsvermerk der Einrichtung

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname			
Geburtsdatum	Datum		
Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim			

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen- steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ist der/die Patient/in									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zeitliche orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachts unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
situativ orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Liegt eine Inkontinenz vor?									
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Harn-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Stuhl-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(wenn ja, in welcher Form?)	<input type="checkbox"/>	Stress-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Drang-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflex-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlauf-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethale Inkontinenz

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?									
Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?									
Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?									
Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?									
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen)									

