



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Nachname**Geburtsdatum**

2. Patient benötigt Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<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"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen und zu Bett gehen	<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"/>
Nächtliche Unruhezustände?	<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"/>

3. Ist der Patient desorientiert?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Kontinenz:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Liegt Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ernährung:

Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, welches Insulin?	<input type="checkbox"/> Ja	Einheiten:	<input type="text"/>	
Diät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Sondenkost?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Kachexie	<input type="checkbox"/> Ja	Sondenprodukt:	<input type="text"/>	
Adipositas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		

6. Ausscheidung:

Suprabub./Dauerkatheter? Ja Nein

Stomaversorgung? Ja Nein

7. Dekubitus:

Ja Nein

Wenn ja, Ort: Größe: cm Tiefe: cm

8. Wie ist die Gemütslage (seelische Verfassung)?

9. Besteht eine Weglauftendenz?

Ja Nein

10. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

11. Liegt eine Sucht-Krankheit vor? Wenn ja, welche?

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

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

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

15. Ist eine Fixierung erforderlich, vorhanden? Ja Nein

Welcher Art:

16. Diagnosen (Diagnosenliste bitte beifügen)

17. Welche Medikamente müssen verabreicht werden? (Medikamentenplan bitte beifügen)

18. Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort:

--

Datum:

--

--

Stempel und Unterschrift des Arztes