



# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

---

## 1. Vor- und Zuname 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. Orientierung:

	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:		
Diät?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Sondenkost?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Kachexie	<input type="checkbox"/> Ja	Sondenprodukt: _____		
Adipositas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		

## 6. Ausscheidung:

Suprabub./Dauerkatheter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stomaversorgung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## 7. Dekubitus:

Wenn ja, Ort:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Größe:		Tiefe:

---

## 8. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

---

## 9. Besteht eine

Weglauftendenz?

Ja  Nein

---

# Ärztlicher Fragebogen

---

10. Besteht eine Allergie, Unverträglichkeit, Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?

---

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

---

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

---

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

---

14. Ist eine Fixierung erforderlich, vorhanden?  Ja  Nein

Welcher Art:

---

15. Diagnosen

---

16. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

17. Hinweise, Bemerkungen

---

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_