

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte mit Schreibmaschine ausfüllen!

Vor- und Zuname

Geburtstag

Ist Patient gehfähig?

ja nein

Ist Patient häufig bettlägerig?

ja nein

Ständig bettlägerig?

ja nein

Urininkontinenz?

ja nein

Stuhlinkontinenz?

ja nein

Fremde Hilfe bedürftig?

<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden
<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe
<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
<input type="checkbox"/> bei	

Örtlich Orientiert?

ja nein nicht immer

Zeitlich Orientiert?

ja nein nicht immer

Nachts ruhig?

ja nein nicht immer

Stimmungsschwankungen?

ja nein

Gefährliche Eigenschaften?

nein ja, welche?

Suchtkrankheit?

nein ja, welche?

Körperliche Behinderung(en) -Art- _____

Geistige-seelische Behinderung oder Störung -Art- _____

Diagnose(n) _____

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten _____

Kein Anhalt für ansteckungsfähige Lungentuberkulose (§ 36 (4) IfSG) _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

_____,den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____