

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor - und Nachname:.....

2. geb. am:.....

3. Benötigt der Patient Hilfe beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Essen				
Körperpflege				
Ankleiden				
Aufstehen aus dem Bett				
Zubettgehen				
Rasur				
Benutzen der Toilette				
Einnahme der Medikamente				

4. Welche Hilfsmittel benötigt der Patient?.....

5. Wie ist der Patient orientiert?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich				
örtlich				
persönlich				
situativ				

6. Treten Unruhezustände auf? ja nein

Wenn ja, welche?

7. Ist der Patient vollständig immobil? ja nein

8. Liegt eine Harninkontinenz vor? ja nein

9. Liegt eine Stuhlinkontinenz vor? ja nein

10. Welche Hilfsmittel werden im Bereich der Ausscheidung benötigt?

11. Besteht eine Suchterkrankung? ja nein

Wenn ja, welche? Fand eine Entwöhnung statt?

12. Besteht eine körperliche Behinderung? ja nein

Wenn ja, welche?

13. Liegen psychische Störungen vor? ja nein

Wenn ja, welche?

14. Bestehen ansteckende Krankheiten
(z.B. **COVID – 19**, Hepatitis, MRSA, TBC)? ja nein

15. Diagnosen:

- ⇒
- ⇒
- ⇒
- ⇒
- ⇒

16. Verordnungen:

- ⇒
- ⇒
- ⇒
- ⇒
- ⇒
- ⇒

17. Wann fanden die letzten Impfungen statt?

Tetanus:.....

Pneumokokken:.....

Gripeschutz:.....

18. Ist eine Diät/ Schonkost erforderlich? ja nein

Wenn ja, welche?

19. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

- ⇒
- ⇒
- ⇒
- ⇒
- ⇒

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des Aufzunehmenden Patienten.

Ort/ Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Bitte gut lesbar ausfüllen, DANKE