

Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zur Heimaufnahme

Zu- und Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

1. Diagnosen: _____

1.1 Frei von ansteckenden Krankheiten nein ja
inklusive Tuberkulose der Atmungs-
organe gem. BundesseuchenG. §48a, Abs. 2

wenn nein, hier nähere Angaben: _____

1.2 frei von multiresistenten Keimen nein ja
wenn nein, welcher Keim bekannt? _____

1.3 Liegen Suchtkrankheiten vor nein ja
wenn ja, bitte kurze Beschreibung: _____

1.4 Medikation

Diät nein ja
wenn ja, welche: _____

2. Ist der Patient	sehend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein
	hörend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein
	sprechfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein
	örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> kaum
	zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> kaum
	personenbezogen orientiert	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> kaum
	situativ orientiert	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> kaum
	urininkontinent	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ja
	stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ja

3. Benötigte Hilfeleistungen:

waschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme
baden oder duschen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme
rasieren, frisieren	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme
Darm- oder Blasen- entlleerung	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme
an- und auskleiden	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme
Essen einnehmen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme
aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme
sitzen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme
gehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> totale Übernahme

4. Hilfsmittel vorhanden: _____

5. Unterbringung:

Besteht Weglauf-
tendenz? ausgeprägt evtl. möglich nein

Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes