



# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

2. Geburtstag \_\_\_\_\_

3. Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

4. Zuzahlungsbefreit:

ja

nein

5. Ist Pat. gehfähig?

ja

nein

6. Treppensteigen möglich?

ja

nein

7. Ist Pat. häufig bettlägerig?

ja

nein

8. Ständig bettlägerig?

ja

nein

9. Beherrschung des Stuhlabgangs?

ja

nein

10. Beherrschung des Urinabgangs?

ja

nein

Blasenkatheter

11. Fremder Hilfe bedürftig?

beim Essen

beim Waschen

beim Ankleiden

beim Frisieren/Rasieren

beim Aufstehen aus dem Bett

beim Lagern zur Nachtruhe

beim Benutzen der Toilette

bei

12. Örtlich orientiert?

ja

nein

nicht immer

13. Zeitlich orientiert?

ja

nein

nicht immer

14. Nachts ruhig?

ja

nein

nicht immer

15. Gemütsstimmung?

willig

freundlich

depressiv

16. Suchtkrankheit

nein

ja, welche?

17. Körperliche Behinderung(en) -Art- \_\_\_\_\_

18. Geistig - seelische Behinderung oder Störung -Art- \_\_\_\_\_

19. Diagnose \_\_\_\_\_

20. Ist Pat. Frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?

21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

22. Leiden Sie an einer Lebensmittelallergie oder Unverträglichkeiten?

wenn ja welche:

ja

nein

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_