



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?

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

wenn ja welche: _____

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____