

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig ausfüllen.

1. Name, Vorname	
3. Geburtsname	
4. Geburtsdatum	
5. Größe und Gewicht	m kg
6. Ist der Patient gehfähig?	☐ ja ☐ nein
7. Ist Treppensteigen möglich?	☐ ja ☐ nein
8. Ist der Patient bettlägerig?	☐ ja ☐ nein
9. Liegt eine Inkontinenz vor?	☐ Nein ☐ Komplette- ☐ Inkomplette
9a. Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?	☐ Nein ☐ Komplette- ☐ Inkomplette
9b. Liegt eine Urininkontinenz vor?	☐ Nein ☐ Komplette- ☐ Inkomplette
10. Ist ein Hilfebedarf vorhanden?	☐ kommunizieren ☐ beim Bewegen
	☐ beim Waschen ☐ beim Essen / Trinken
	☐ Toilettengang ☐ beim Kleiden
	☐ Ruhen/schlafen ☐ beim Beschäftigen
	☐ Sicherheitssorge ☐ Sozialbereiche sichern
11. Patient ist orientiert zu	☐ Zeit ☐ Raum ☐ Person ☐ Situation
12. Patient ist desorientiert zu	☐ Zeit ☐ Raum ☐ Person ☐ Situation
13. Patient ist teilweise desorientiert zu	☐ Zeit ☐ Raum ☐ Person ☐ Situation
14. Gefährliche Eigenschaften ?	☐ nein ☐ wenn ja welche?
15. Liegen Suchtkrankheiten vor?	☐ nein ☐ wenn ja welche?
16. Liegen körperl. Behinderungen vor?	
17. Liegen geistig/seelische Behinderungen vor?	
18. Diagnosen	
	Demenz vorhanden? ☐ ja ☐ nein
19. Ist der Patient frei von Infektionskrankheiten (MRSA, TBC, Colibakt., HIV, Hepatitis etc.)	☐ ja ☐ wenn nein, welche?
20. Ist der Patient gefährdet, wenn ja in welchen Bereichen?	☐ Dekubitus ☐ Pneumonie ☐ Thrombose
	☐ Sturz ☐ Kontraktur ☐ Soor / Parotitis
	☐ Obstipation ☐ Cystitis ☐ Intertrigo
21. Hinweise/Bemerkung des Arztes	
22. Kostform	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes