

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung bei Heimeinzug

Vor- und Zuname:

geborene:

Geburtsdatum:

Benötigt der Patient Hilfe beim

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(wenn ja, in welcher Form?)

<input type="checkbox"/> Stress-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Drang-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflex-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Überlauf-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Extraurethrale-Inkontinenz
---	--	---	---	---

Wie ist die Gemütsstimmung? (die seelische Verfassung)	
Besteht eine Sucht-Krankheit? (wenn ja, welche)	
Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art)	
Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art)?	
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen)	
Ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz ist erforderlich!	
	Ja Nein
frei von ORSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
frei von MRSA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diagnosen	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art)	
Hinweise, Bemerkungen	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____