

Ärztlicher Fragebogen

zur Heimanmeldung

Vor- und Zuname _____

Geburtstag _____

Ist der Patient gehfähig ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Kann der Patient Treppen steigen ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ist der Patient häufig bettlägerig ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ist der Patient ständig bettlägerig ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Liegt Harninkontinenz vor ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Liegt Stuhlinkontinenz vor ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ist fremde Hilfe erforderlich ?	<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	<input type="checkbox"/>	beim Hinlegen
	<input type="checkbox"/>	beim Benutzen der Toilette		
	<input type="checkbox"/>	bei		

Ist der Patient örtlich orientiert ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	nicht immer
Ist der Patient zeitlich orientiert ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	nicht immer
Ist der Patient nachts ruhig ?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	nicht immer
Gemütsstimmung ?	<input type="checkbox"/>	freundlich	<input type="checkbox"/>	willig	<input type="checkbox"/>	verdrießlich
Gefährliche Eigenschaften ?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, welche ?		_____
Suchtkrankheiten ?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja, welche ?		_____

Körperliche Behinderungen (Art): _____

Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art): _____

Diagnose: _____

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc; MRSA, VRE) ? _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____