

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen (x). Bitte im verschlossenen Umschlag weiterleiten.

1. Vor- und Zuname	
2. Geburtsdatum	
3. Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Ist der Patient ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Beherrschung des Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Bedarf der Patient fremder Hilfe?	<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 Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei _____
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gemütsstimmung?	
14. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Körperliche Behinderung(en) – Art –	
17. Geistig – seelische Behinderung oder Störung – Art -	

18. Ärztliche Diagnose(n):

19. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?

ja

nein:  TBC  MRSA/ORSA  \_\_\_\_\_

20. Ist eine Aufnahme im Altenheim unbedenklich?

21. Ist der Antragsteller pflegebedürftig / besonders pflegebedürftig?

22. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes, sonstiges:

**Angaben zum ausfüllenden Arzt**

\_\_\_\_\_  
(Titel) (Vor- Zuname)

\_\_\_\_\_  
(PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arztes)