

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Familienname	ggf. Geburtsname:		
2. Vorname(n)			
3. Geburtsdatum		Größe	Gewicht
4. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ist Patient häufig Bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung d. Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Beherrschung d. Urinabanges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10. 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: _____
11. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
14. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
15. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____	
16. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____	
17. Körperliche Behinderung(en) - Art -	_____ _____ _____		
18. Geistig- seelische Behinderung oder Störung - Art -	_____ _____ _____		

19. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten? *) (bitte genau bezeichnen)	<hr/> <hr/> <hr/>
20. Diagnose Bitte den ICD 10-Code mit angeben.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
21. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
22. Ist Diät/ Schonkost erforderlich? (wenn ja, welche Art?)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
23. Hinweise, Bemerkungen des Arztes	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

*) aufgrund einer Röntgenaufnahme, die nicht älter als 3 Monate ist.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------