

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname				
2. Geburtsdatum				
3. Benötigt der / die Patient /in Hilfe beim :				
Gehen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Treppensteigen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Essen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Waschen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Ankleiden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Frisieren / Rasieren	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Zu Bett gehen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
4. Ist der / die Patient /in :				
zeitlich desorientiert	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
örtlich desorientiert	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
persönlich desorientiert	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
situativ desorientiert	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
5. Treten nachts Unruhezustände auf ?				
	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
6. Ist der / die Patient /in bettlägerig ?				
	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
7. Liegt Inkontinenz vor ?				
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Harninkontinenz	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Gelegentlich	<input type="radio"/> Häufig	<input type="radio"/> Dauernd
Dauerkatheder	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		
8. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ?				
9. Besteht eine SuchtKrankheit (wenn ja, welche) ?				
10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art) ?				
11. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art) ?				
12. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen)				

13. Diagnose				
13 a. Künstliche Ernährung ?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> PEG - Sonde	<input type="radio"/> Nasensonde
13 b. Pflegestufe (wurde eine Einstufung vorgenommen?)	<input type="radio"/> Ja in Stufe:	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> II	<input type="radio"/> III
	<input type="radio"/> Nein (beachte 13 c)			
13 c. Wurde ein Antrag auf Einstufung gestellt?	<input type="radio"/> Ja am:		Bei Pflegekasse:	
	<input type="radio"/> Nein			
14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?				
15. Ist Diät / Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)				
16. Hinweise, Bemerkungen				
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes			
Ort:				
Datum:				