

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

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

01. Name (Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)	
02. Vorname(n) Rufnamen unterstreichen	
03. Geburtsdatum	
04. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
05. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
06. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
07. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
08. Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
09. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Auskleiden <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. Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
17. Körperliche Behinderungen (Art)	
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art)	
19. Diagnosen	
20. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?	
21. Letzte Tetanusimpfung am	
22. Impfstatus COVID-19	
23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes