

Bezeichnung des Heimes/Stempel

Eingangsvermerke des Heimes

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Vor- und Zuname		geborene
Geburtsdatum		

Benötigt der/die Patient/in  
Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in  
bettlägerig?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(wenn ja, in welcher  
Form?)

Stress-  
inkontinenz

Drang-  
inkontinenz

Reflex-  
inkontinenz

Überlauf-  
inkontinenz

extraurethrale  
Inkontinenz

Wie ist die Gemütsstim-  
mung (die seelische  
Verfassung)?

Besteht eine Sucht-Krank-  
heit (wenn ja, welche?)

Besteht körperliche  
Behinderung (wenn ja,  
welcher Art?)

Liegen psychische  
Störungen vor (wenn ja,  
welcher Art?)

Bestehen ansteckende  
Krankheiten wie z. B. TBC?  
(bitte genau bezeichnen);  
Liegt ein ärztliches Zeugnis  
nach § 36 Abs. 4 Infektions-  
schutzgesetz vor? (ja/nein?)

frei von ORSA

frei von MRSA

Ja

Nein

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Diagnose

Welche Medikamente  
müssen verabreicht  
werden?

Ist Diät/Schonkost  
erforderlich?  
(wenn ja, welcher Art?)

Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer  
persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes