

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

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

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