

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme



Herr / Frau	Name	Vorname
--------------------	-------------	----------------

(bei Frauen auch Mädchenname)	Geburtsdatum
--------------------------------------	---------------------

hierzu wird aus ärztlicher Sicht Heimbedürftigkeit bescheinigt ja nein

Angaben zur Person

Diagnosen:	

Gefähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen
-----------------	-----------------------------------------------------------------------

Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Bettlägerig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> ständig
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Beherrschung des Stuhlganges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen

Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen

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 der Orientierung
	<input type="checkbox"/> bei	<input type="checkbox"/> bei

Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer Anmerkungen:

Ortlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer Anmerkungen:

Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Gemütslage	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> euphorisch <input type="checkbox"/> gereizt
	<input type="checkbox"/> Anmerkungen:

Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welche:
	<input type="checkbox"/> Keimbesiedlung, wo:

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:	

Ort	Datum	Unterschrift des Arztes
		Stempel