

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
------------	--------------	--------------------------------	----------------