



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

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

1. Name (Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)	
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)	
3. Geburts-Datum	
4. Ist Patient gefährlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Beherrschung d. Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Beherrschung d. Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. 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
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. Weglaufgefährdung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
17. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
18. Körperliche Behinderung(en) - Art -	
19. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art -	
20. Diagnosen Bitte leserlich schreiben!	
21. Wann ist der Patient letztmalig neurologisch, internistisch untersucht worden? (z. Zt. behandelnder Ärzte)	
22. Ist Patient medikamentös eingestellt?(neurologisch/internistisch?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23. Wird der Patient von Ihnen im Heim weiterbehandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24. Ist der Patient von ansteckenden Krankheiten befallen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein HIV <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MRSA <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hepatitis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tbc
25. Kann durch ambulante Hilfen die Heimbetreuung bzw. Heimaufnahme vermieden werden? Wenn ja, durch welche?	
26. Wurden derartige Maßnahmen eingeleitet? Wenn ja, bei welcher/m Pflegestation anderen Leistungsanbieter?	
27. Kann die fachgerechte Versorgung nur in einem Heim geleistet werden, weil ambulante Hilfen nicht ausreichen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> vorübergehend

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------

Bitte leserlich ausfüllen.