

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Name, Vorname					geborene					
					Geb.-Datum					
Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<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"/>	Aufstehen a.d.Bett	<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"/>	Zu Bett gehen	<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"/>	Benutzen d. Toilette	<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist der/die Patient/in										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
zeitlich 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"/>	
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<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"/>	Ist der/die Patient/in bettlägrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt Inkontinenz vor?										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd						
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Wenn ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/>	Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Extraretrale Inkontinenz
Wie ist die Gemütsstimmung? (seelische Verfassung)	.....									
Besteht eine Suchtkrankheit? 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 Infektionsschutzgesetz vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein									

Liegen Informationen zu Schmerzen vor? ( Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose )	
Diagnose	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
Liegen Informationen zu MRSA vor?	ja <input type="checkbox"/> nämlich:  nein <input type="checkbox"/>
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