

## Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

1. **Name, Vorname** \_\_\_\_\_  
**geboren am:** \_\_\_\_\_  
**Versicherten-Nr.** \_\_\_\_\_

2. Ist der Patient gehfähig?  ja  nein

3. Sind Gehhilfen erforderlich?  nein  ja :  Stock  
 Gehwagen  
 Rollstuhl

4. Ist der Patient häufig bettlägrig?  ja  ständig  nein

5. Liegt Harninkontinenz vor?  ja  nein  DK

6. Stuhlinkontinenz?  ja  nein

7. Hilfestellung erforderlich  Aufstehen aus dem Bett  Essen anreichen  
 Ankleiden  Waschen  
 Toilettenbenutzung  Lagern zur Bettruhe  
 \_\_\_\_\_

8. Zeitlich orientiert?  ja  nein  nicht immer

9. Örtlich orientiert?  ja  nein  nicht immer

10. Weglauftendenz?  ja  nein

11. Nachts ruhig?  ja  nein  nicht immer

12. Gemütsverfassung?  freundlich  depressiv  mürrisch

13. Suchtkrankheiten?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

14. Ansteckende Krankheiten (auch TBC)?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

15. Impfung gegen Covid?  nein  ja, \_\_\_\_\_ fach \_\_\_\_\_

16. Besondere Kostform?  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

17. Körperliche Beeinträchtigung (Art): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

18. Geistig-seelische Beeinträchtigung(en): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

19. Diagnosen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20. Benötigte Medikamente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

21. Hinweise u. Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_