

Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

1. Name, Vorname _____

geboren am: _____

Versicherten-Nr. _____

2. Ist der Patient gehfähig?

ja
 nein

nein
 ja :

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Stock |
| <input type="checkbox"/> | Rollator |
| <input type="checkbox"/> | Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> | nein |
| <input type="checkbox"/> | DK |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> | Essen anreichen |
| <input type="checkbox"/> | Waschen |
| <input type="checkbox"/> | Lagern zur Bettruhe |

3. Sind Gehhilfen erforderlich?

4. Ist der Patient häufig bettlägrig?

ja

ständig

5. Liegt Harninkontinenz vor?

ja

nein

6. Stuhlinkontinenz?

ja

nein

7. Hilfestellung erforderlich

Aufstehen aus dem Bett

Ankleiden

Toilettenbenutzung

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

13. Suchtkrankheiten?

nein

ja, welche

14. Ansteckende Krankheiten/Keime (auch TBC)?

nein

ja, welche

15. Besondere Kostform?

nein

ja, welche

16. Körperliche Beeinträchtigung (Art):

17. Geistig-seelische Beeinträchtigung(en):

18. Diagnosen:

19. Benötigte Medikamente:

20. Hinweise u. Bemerkungen des Arztes:
