

Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

1. Name, Vorname	<hr/>		
geboren am:	<hr/>		
Versicherten-Nr.	<hr/>		
2. Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3. Sind Gehhilfen erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja :	<input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> DK
4. Ist der Patient häufig bettlägrig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ständig	
5. Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> Ankleiden <input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Essen anreichen <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Lagern zur Bettruhe	
8. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
9. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
10. Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
11. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Gemütsverfassung?	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> mürrisch
13. Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	<hr/>
14. Ansteckende Krankheiten/Keime (auch TBC)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	<hr/>
15. Besondere Kostform?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	<hr/>
16. Körperliche Beeinträchtigung (Art):	<hr/> <hr/> <hr/>		
17. Geistig-seelische Beeinträchtigung(en):	<hr/> <hr/> <hr/>		
18. Diagnosen:	<hr/> <hr/> <hr/>		
19. Benötigte Medikamente:	<hr/> <hr/> <hr/>		
20. Hinweise u. Bemerkungen des Arztes:	<hr/> <hr/> <hr/>		