

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname

---

---

Geburtsdatum

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

	Nein	Gelegentl.	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentl.	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

3. Ist der/die Patient/in  
zeitlich desorientiert?      
örtlich desorientiert?      
persönlich desorientiert?  
situativ

4. Treten nachts Unruhezustände auf?      
5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

6. Stuhlinkontinenz?

Harninkontinenz?

(wenn ja, in welcher Form) Streßinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extraurethrale Inkontinenz

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

---

---

8. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?

---

---

9. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

---

---

10. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

---

---

---

---

---

---

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen)

---

---

---

---

