

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname									
Geburtsdatum _____									
2. Benötigt der / die Patient/in Hilfe beim									
	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen					Frisieren				
Treppensteigen					Rasieren				
Essen					Aufstehen				
Ankleiden					Zu Bett gehen				
Toilettengang					Orientierung				
3. Liegt Inkontinenz vor?									
Stuhlinkonti.									
Harninkonti.									
4. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?									

5. Besteht eine Suchtkrankheit									

6. Besteht eine körperliche Behinderung									

7. Liegen psychische Störungen vor									

8. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC?									

9. Diagnose									

10. Welche Medikamente müssen verabreicht werden									

11. Hinweise Bemerkungen									

Ort _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____