

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name:		2. Vorname(n):	
3. Geburtstag:		Größe:	Gewicht:
4. Ist Patient gehfähig?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
5. Treppensteigen möglich?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
6. Ist Patient häufig bettlägerig?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
7. Ist Patient ständig bettlägerig?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
8. Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
9. Liegt eine Harninkontinenz vor?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
10. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="radio"/> beim Frisieren/Rasieren		<input type="radio"/> beim Waschen
	<input type="radio"/> beim Lagern zur Nachtruhe		<input type="radio"/> beim Essen
	<input type="radio"/> beim Aufstehen aus dem Bett		<input type="radio"/> beim Ankleiden
	<input type="radio"/> beim Benutzen der Toilette		<input type="radio"/> bei
11. Örtlich orientiert?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht immer
12. Zeitlich orientiert?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht immer
14. Gemütsstimmung?			
15. Gefährliche Eigenschaften?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, welche?
16. Suchtkrankheit?		<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, welche?
17. Körperliche Behinderung(en) -Art-: _____			
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung -Art-: _____			
19. Diagnosen: _____			
Falls Platz nicht ausreicht, _____			
bitte gesondertes Blatt _____			
verwenden.			
20. Ansteckende Krankheiten:			
MRSA		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Screening liegt vor:		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Noro-Virus		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sonstige ansteckende Krankheiten:			
21. Medikation zur Zeit: _____			
Falls Platz nicht ausreicht, _____			
bitte gesondertes Blatt _____			
verwenden.			

Datum:

Unterschrift:

Arztstempel: