



## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name (Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)	
2. Vorname(n) (Rufnamen unterstreichen)	
3. Geburtsdatum	
4. Ist der Patient gehfähig?	ja                      nein
5. Ist Treppensteigen möglich?	ja                      nein
6. Ist der Patient häufig bettlägerig?	ja                      nein
7. Ständig bettlägerig?	ja                      nein
8. Beherrschung des Stuhlabgangs?	ja                      nein
9. Beherrschung des Urinabgangs?	ja                      nein
10. Fremde Hilfe bedürftig?	beim Essen :  beim Waschen :  beim Ankleiden :  beim Frisieren/ Rasieren :  beim Benutzen der Toilette :  beim Lagern zur Nachtruhe :  bei.....
11. Örtlich orientiert?	ja              nein              nicht immer
12. Zeitlich orientiert?	ja              nein              nicht immer
13. Nachts ruhig?	ja              nein              nicht immer
14. Gemütsstimmung?	willig              freundlich              verdrießlich
15. Gefährliche Eigenschaften?	nein              wenn ja, welche:
16. Suchtkrankheit?	nein              wenn ja, welche:
17. Körperliche Behinderung?	
18. Geistig-seelische Behinderung oder –störung?	
19. Diagnose(n)?	
20. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)? *)	
21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:	

\*) aufgrund einer Röntgenaufnahme, die nicht älter als 3 Monate ist.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------