

Ärztlicher Fragebogen

Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung zur Heimaufnahme.
 Eine vollständige Beantwortung hilft uns dabei.

1) Name	Vorname		
2) Geburtsdatum			
3) Ist der Patient gehfähig?	☐ ja	☐ nein	☐ mit Hilfe
4) Treppensteigen möglich?	☐ ja	☐ nein	
5) Ist der Patient bettlägrig?	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
6) Beherrschung des Stuhlgangs?	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
7) Beherrschung des Urinabgangs?	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
8) Fremde Hilfe	☐ nein ☐ ja, bei der	☐ Körperpflege	☐ Duschen ☐ Baden
bedürftig?		☐ Mund/Zahnpflege	☐ Frisieren/Rasieren
	☐ nein ☐ ja, bei der	☐ Ernährung	☐ mundger. Zubereitung ☐ Sondenkost
	☐ nein ☐ ja, bei der	☐ Mobilität	☐ Aufstehen/zu Bett gehen ☐ Be-/Entkleiden
9) Örtlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
10) Zeitlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
11) Nachts ruhig?	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
12) Gemütsstimmung?			
13) Gefährliche Eigenschaften?	☐ nein	☐ ja, welche?	
14) Suchtkrankheit?	☐ nein	☐ ja, welche?	
15) Körperliche Behinderung/en (Art), Besonderheiten (z.B. Port, Tracheostoma, ...)?			
16) Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art)?			
17) Diagnose?			
18) Diät notwendig? Wenn ja, welche?			
19) Derzeitige Therapien			
20) Derzeitige Medikation			
21) Derzeitige Physiotherapie			
22) Derzeitige Arbeits- bzw. Beschäftigungstherapie			
23) Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?	☐ ja	☐ nein	
24) War der Patient bereits Kurzzeitgast in einem Heim?	☐ ja	☐ nein	
25) Trat hierbei Verwirrung mit Weglauftendenz auf?	☐ ja	☐ nein	
26) Hinweise und Bemerkungen vom Arzt			

, den

Stempel und Unterschrift des Arztes