

Bezeichnung des Heimes / Stempel

Eingangsvermerk des Heimes

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Vor-und Zuname _____ geborene _____

Gedurtsdatum _____

Benötigt der/die Patient/in
Hilfe beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen(aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhe-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zustände auf?				
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					bettlägerig?				

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd					
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(wenn ja, in welcher Form?)	<input type="checkbox"/>	Stress-inkontinez	<input type="checkbox"/>	Drang-inkontinez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überlauf-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethrale Inkontinenz

Warum ist die Gemütheitsstimmung(die seelische Verfassung)?

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

Besteht eine körperliche Behinderung(wenn ja, welcher Art)?

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

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen);
Liegt ein ärztliches Zeugnis nach §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz vor?(ja/nein)?

	ja	nein		ja	nein
frei von ORSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frei von MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

