

An

Bezeichnung des Heimes/Stempel

Eingangsvermerke des Heimes

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

Gehen

Treppen steigen

Essen

Waschen

Ankleiden

| Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Frisieren/Rasieren

Aufstehen (aus dem Bett) Zu Bett gehen

Benutzen der Toilette

| Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert? örtlich desorientiert persönlich desorientiert situativ desorientiert

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

6. Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz Harninkontinenz

(wenn ja, in welcher Form?)

|                          |                          |                          |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   |
| <input type="checkbox"/> | Stressinkontinenz        | <input type="checkbox"/> | Dranginkontinenz         | <input type="checkbox"/> | Reflexinkontinenz          |
| <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | Überlaufinkontinenz        |
| <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | extraurethrale Inkontinenz |

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

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

9. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

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

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

