

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