



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Der/die Patient/in benötigt Hilfen beim:

	nein	ab und zu	fast immer	immer
Gehen				
Treppen steigen				
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Frisieren/Rasieren				
Aufstehen aus dem Bett				
Toilettengang				
Zu Bett gehen				

Der/die Patient/in ist:

	nein	ab und zu	fast immer	immer
nachts unruhig				
bettlägerig				
harninkontinent				
stuhlinkontinent				
zeitlich orientiert				
örtlich orientiert				
persönlich orientiert				
situativ orientiert				

Wie ist die Gemütsstimmung?

Liegen geistig-seelische Störungen vor? nein ja O, welche?

Besteht eine Suchtkrankheit? nein ja O, welche?

Besteht eine körperliche Behinderung? nein ja O, welche?

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. Tuberkulose? nein ja O, welche?
(genaue Bezeichnung)

Welche Krankheiten liegen vor? (Diagnosen)

Ist eine besondere Kost erforderlich? nein ja O, welche?

Sonstige Bemerkungen:

Ist eine Änderung des gesundheitlichen Zustandes zu erwarten? nein ja O

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes