



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Diesen Bogen bitte ausgefüllt zusammen mit dem Antrag zur Heimaufnahme abgeben bzw. senden.

Name

Familiennamen _____ Vorname _____

Geburtsdatum

Besteht körperliche Nein
 Behinderung? Ja, welche?

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen / Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen bzw. Zu Bett gehen	<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"/>
Waschen / Ankleiden	<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"/>

Ist der/die Patient/in

Desorientiert? zeitlich örtlich persönlich situativ

Liegen psychische Störungen vor?

Nein

Ja, welche?

Treten nachts Unruhezustände auf? Nein Ja

Bestehen ansteckende Krankheiten?

Keime?

Viren?

Besteht eine Suchtkrankheit? Nein

Ja, welche?

Diagnosen

Gerne kann das Diagnoseblatt und der Medikamentenplan ausgedruckt angefügt werden.

Medikamente

Hinweise, Bemerkungen

Ort _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes