



Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Um die individuellen Bedürfnisse Ihres Angehörigen bzw. Patienten größtmöglich zu erfüllen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Wir bitten Sie deshalb, die Fragen des nachstehenden Anamnesebogens zu beantworten.

**Vor- und Zuname
des Patienten:** _____

Geb.-Dat.: _____

Name und Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses:

Bitte vom derzeit behandelnden Arzt auszufüllen:

Bestehen Einschränkungen der Sinnesorgane?	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein
Ist Pat. gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine erhöhte Sturzgefahr?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist Pat. häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung des Stuhlabganges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	
	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	
	<input type="checkbox"/> bei	
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer	
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer	
Unruhe?	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> nächtlich	
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verdrießlich	
Neigt zum Weglaufen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer	
Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	

Körperliche Behinderung (en) – Art:	
Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art:	
Diagnosen:	
Hat der/die Patient/in ansteckende Krankheiten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Falls JA, bitte entsprechendes ankreuzen:
Krätze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Salmonellen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MRSA/ORSA	<input type="checkbox"/> ja, Lokalisation: <input type="checkbox"/> nein
andere multiresistente Keime	<input type="checkbox"/> ja, Keimart: <input type="checkbox"/> nein
<u>Frei</u> von Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort/Datum

Stempel u. Unterschrift des Arztes