

## Ärztlicher Fragebogen

Bitte lassen Sie uns den vom Hausarzt vollständig ausgefüllten Fragebogen vor der Heimaufnahme zukommen.

Name, Vorname
Geburtsdatum

Wird Hilfe benötigt beim	Nein	Gelegentlich	Oft	Ständig		Nein	Gelegentlich	Oft	Ständig
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettengang	<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"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Besteht Desorientierung?	Nein	Gelegentlich	Oft	Ständig		Nein	Gelegentlich	Oft	Ständig
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht Notwendigkeit für besondere Beaufsichtigung wegen	Nein	Gelegentlich	Oft	Ständig		Nein	Gelegentlich	Oft	Ständig
Weglauff tendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angstvorstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wahnvorstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinnestäuschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Beköstigung:</b>	
<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Passiert
<input type="checkbox"/> mundgerecht	<input type="checkbox"/> Diät _____

(Medikamente, Diagnosen und andere für den Patienten relevante Anmerkungen bitte auf Seite 2 eintragen)

## Ärztlicher Fragebogen

**Grundstimmung** \_\_\_\_\_

**Psychische Erkrankungen** \_\_\_\_\_

**Suchtkrankheiten**  keine  Rauchen  
 Andere Art \_\_\_\_\_

**Krankheitsbilder**  Diabetes mellitus  Morbus Parkinson  
 Multiple Sklerose  Andere \_\_\_\_\_

**Allergien/ Hautkrankheiten/ andere Unverträglichkeiten**  Ja  Nein  
 Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

**Ansteckende Krankheiten (TBC, MRSA, Hepatitis B und C, etc.)**  Ja  Nein  
 Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

**Besteht Inkontinenz?**  Ja  Nein

**Blasendauerkatheter?**  Ja  Nein

Medikation:	Morgens	Vormittags	Mittags	Nachmittags	Abends	Nachts
	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Diagnosen:**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes