

Ärztlicher Fragebogen

(Der Fragebogen dient ausschließlich zum Zweck der Heimaufnahme! Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. ankreuzen)

Nachname, Vorname			
Geburtsdaten	Datum:	Ort:	

- Ist der Patient gehfähig? ja nein
- Ist der Patient ständig bettlägerig? ja nein
- Besteht eine Harninkontinenz? ja nein
- Besteht eine Stuhlinkontinenz? ja nein
- Ist der Patient nachts unruhig? ja nein

Benötigt der Patient Hilfe:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> beim Essen | <input type="radio"/> beim Trinken | <input type="radio"/> beim Aufstehen aus dem Bett |
| <input type="radio"/> beim Ankleiden | <input type="radio"/> beim benutzen der Toilette | <input type="radio"/> bei der Körperpflege |

2. Krankheitsbilder/Diagnosen

.....

.....

3. Welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden?

Medikament	Mo	Mi	Ab	Na	Medikament	Mo	Mi	Ab	Na

4. Bestehen Suchtkrankheiten, geistig-seelische Störungen, Handicaps?

Nein

Ja (welche?)

5. Besteht Suizidgefahr?

Nein

Ja (warum?)

6. Sind Allergien oder ansteckende Krankheiten bekannt?

Nein

Ja (welche?)

7. Ist der Patient orientiert?

Zur Person: ja nein **Zum Ort:** ja nein **Zur Zeit:** ja nein

Hinlauftendenz: ja nein

....., den

(Ort)
(Datum)
(Stempel und Unterschrift des Arztes)