

Ärztlicher Fragebogen

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

Nachname, Vorname	
geboren am:	

- 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
<p>.....</p> <p>.....</p>

3. Welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden?									
Medikament	Mo	Mi	Ab	Na	Medikament	Mo	Mi	Ab	Na

Ist der Patient vollständig gegen Covid19 geimpft? Ja Nein

4. Bestehen Suchtkrankheiten, geistig-seelische Störungen, Handicaps?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (welche?)

5. Besteht Suizidgefahr?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (warum?)

6. Sind Allergien oder ansteckende Krankheiten bekannt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (welche?)

7. Ist der Patient orientiert?
Zur Person: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Zum Ort: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Zur Zeit: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Hinlauftendenz: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

....., den
 (Ort) (Datum) (Stempel und Unterschrift des Arztes)