

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)