

Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

1. **Name, Vorname** _____
geboren am: _____
Versicherten-Nr. _____

2. Ist der Patient gehfähig? ja nein

3. Sind Gehhilfen erforderlich? nein ja : Stock
 Gehwagen
 Rollstuhl

4. Ist der Patient häufig bettlägrig? ja ständig nein

5. Liegt Harninkontinenz vor? ja nein DK

6. Stuhlinkontinenz? ja nein

7. Hilfestellung erforderlich Aufstehen aus dem Bett Essen anreichen
 Ankleiden Waschen
 Toilettenbenutzung Lagern zur Bettruhe

8. Zeitlich orientiert? ja nein nicht immer

9. Örtlich orientiert? ja nein nicht immer

10. Weglauftendenz? ja nein

11. Nachts ruhig? ja nein nicht immer

12. Gemütsverfassung? freundlich depressiv mürrisch

13. Suchtkrankheiten? nein ja, welche _____

14. Ansteckende Krankheiten (auch TBC)? nein ja, welche _____

15. Besondere Kostform? nein ja, welche _____

16. Körperliche Beeinträchtigung (Art): _____

17. Geistig-seelische Beeinträchtigung(en): _____

18. Diagnose: _____

19. Benötigte Medikamente: _____

20. Hinweise u. Bemerkungen des Arztes: _____

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes