



Seniorenzentrum
 Aufderhöher Str. 169-175
 42699 Solingen
 Fon 0212/63-0420 Frau Kindel
 Fon 0212/63-0410 Frau Tobschall
 Fax 0212/63-0425
 Ira.Kindel@diakonie-bethanien.de
 Claudia.Tobschall@diakonie-bethanien.de

Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

1.	Name, Vorname			
	geboren am:			
	Versicherten-Nr.			
2.	Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3.	Sind Gehhilfen erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja :	<input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Gehwagen <input type="checkbox"/> Rollstuhl
4.	Ist der Patient häufig bettlägrig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> nein
5.	Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> DK
6.	Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7.	Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett		<input type="checkbox"/> Essen anreichen
		<input type="checkbox"/> Ankleiden		<input type="checkbox"/> Waschen
		<input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/> Lagern zur Bettruhe
		<input type="checkbox"/>		
8.	Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
9.	Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
10.	Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
11.	Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12.	Gemütsverfassung?	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> mürrisch
13.	Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
14.	Ansteckende Krankheiten (auch TBC)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
15.	Besondere Kostform?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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		