

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

zur Vorbereitung einer Heimaufnahme

Angaben zur Person

Name	
Vorname(n)	Geburtsdatum
Derzeitige Wohnung	

Angaben zum Gesundheitszustand

Ist der Patient nachts unruhig?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
Ist der Wach-/Schlafrythmus gestört?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
Wird ein Schlafmittel benötigt?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
Ist der Patient gehfähig?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
Ist der Patient bettlägerig?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
Kann der Patient Treppen steigen?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
Bestehen Kontrakturen?			nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>
Welche?	<input type="text"/>			

Bestehen Orientierungsstörungen

- zur Person	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
- zum Ort	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
- zur Zeit	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
- zur Situation	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
Liegt Stuhlinkontinenz vor?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
Liegt Harninkontinenz vor?	nie <input type="radio"/>	selten <input type="radio"/>	oft <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>

Liegt ein Dauerkatheter?

nein

ja

Besteht ein anus praeter?

nein

ja

Wie ist die Gemütsstimmung des Patienten?

Besteht eine Körperbehinderung?

Wenn ja, welche?

Welche akuten oder chronischen Krankheiten liegen vor?

Ansteckende
Krankheiten bitte durch
* kenntlich machen!

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist eine besondere Kostform erforderlich?

Wenn ja, welche?

Hinweise und Bemerkungen

Bestätigung gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz:

Bei dem Patienten liegt eine ansteckungsfähige

Tuberkulose der Atmungsorgane nicht vor.

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des Patienten.

Ort und Datum

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes