

**Ärztlicher Fragebogen** (anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

1. Vor- und Zuname \_\_\_\_\_
2. Geburtstag \_\_\_\_\_
3. Ist der Patient gehfähig  ja  nein
4. Treppensteigen möglich?  ja  nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig?  ja  nein
6. Ständig bettlägerig?  ja  nein
7. Beherrschung des Stuhlgangs?  ja  nein
8. Beherrschung des Urinabgangs?  ja  nein
9. Fremder Hilfe bedürftig bei...?  Essen  Waschen  
 Ankleiden  Benutzen der Toilette  
 Aufstehen  Lagern zur Nachtruhe  
 Frisieren/Rasieren  \_\_\_\_\_
10. Örtlich orientiert?  ja  nicht immer  nein
11. Zeitlich orientiert?  ja  nicht immer  nein
12. Nachts ruhig?  ja  nicht immer  nein
13. Gemütsstimmung?  willig  verdrießlich  freundlich
14. Gefährliche Eigenschaften Ja - welche:  nein
15. Suchtkrankheit Ja - welche:  nein
16. Körperliche Behinderung(en) – Art – :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Diagnose:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten  ja  nein  
(auch Tbc gem. § 48a BSeuchG)?

20. Hinweis und Bemerkungen des Arztes  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_