

Haus Waldkrone GmbH
Tel. 06372 / 91 21 – 0 Fax 06372 / 91 21 21
Lamsborner Str. 39, 66892 Bruchmühlbach-Miesau / Ortsteil Vogelbach

Ärztlicher Fragebogen Seite 1

Ärztlicher Fragebogen zur beabsichtigten Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name _____ Vorname _____ PG _____
 Straße, Nr. _____ Geburtsdatum _____
 PLZ, Ort _____ Selbstständiger Haushalt Ja O Nein O
 Telefon _____ Krankenhausaufenthalt vor der Heimaufnahme Ja O Nein O

2. Benötigt der /die Patient/in Hilfen beim

	Nein	selten	häufig	dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Ist der/die Patient/in

	Nein	selten	häufig	dauernd
zeitlich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlich orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weglaufgefährdet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bettlägerig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Treten nachts

	Nein	selten	häufig	dauernd
Unruhezustände auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	selten	häufig	dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art – bitte genau bezeichnen)

7. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (Bitte genau bezeichnen)

8. Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welcher Art)

Haus Waldkrone GmbH
 Tel. 06372 / 91 21 – 0 Fax 06372 / 91 21 21
 Lamsborner Str. 39, 66892 Bruchmühlbach-Miesau / Ortsteil Vogelbach

Ärztlicher Fragebogen Seite 2

9. Wie ist die Gemütsstimmung? (seelische Verfassung)

10. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche)

11. Diagnosen:

12. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Ist Diät erforderlich? (Wenn ja, welcher Art)

14. Hinweise und Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen
 Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum _____

Alle Angaben werden im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) vertraulich behandelt.
