

Ärztlicher Fragebogen

(ausschließlich zum Zwecke der Heimaufnahme. Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. in geschlossenen Umschlag weiterleiten.)

Name:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Heimaufnahme.

.....
Unterschrift des Patienten/ Betreuers/ Bevollmächtigten

- | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Ist der Pat. gehfähig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Ist Treppensteigen möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Ist Pat. häufig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Stuhlinkontinent? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Harninkontinent? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Orientiert: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Persönlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Örtlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Situativ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Zeitlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Nächtliche Unruhe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Besteht ein Dekubitus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Wo?

.....

.....

Fremder Hilfe bedürftig ...

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| bei der Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| beim Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |

- beim Toilettengang ja nein nicht immer
- beim Ankleiden ja nein nicht immer
- beim Waschen ja nein nicht immer
- beim Baden ja nein nicht immer
- beim Lagern ja nein nicht immer
- Körperliche Beeinträchtigung ja nein

Welche?

.....

- Weglauftendenz ja nein
- Geistig seelische Beeinträchtigung ja nein

Welche?

.....

- Besteht Suizidgefahr? ja nein
- Suchtkrankheiten? ja nein

Welche?

.....

- Bestehen ansteckende Krankheiten? ja nein
- Hepatitis ja nein
- MRSA ja nein
- TBC ja nein
- HIV ja nein

Diagnosen (bitte in Druckbuchstaben)

.....

.....

.....

Ort , Datum

.....

Name

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes

Erstellt am/durch : 20.09.09 QMB	Geprüft am/durch :	Geändert am/durch 12.05.16 QMB	Freigegeben am/durch : 20.09.09 HL	Rev. Nr. 1
-------------------------------------	--------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------