

**Ärztlicher Fragebogen** anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig ausfüllen.

<b>1. Name</b>	
<b>2. Vorname</b>	
<b>3. Geburtsname</b>	
<b>4. Geburtsdatum</b>	
<b>5. Größe und Gewicht</b>	m                      kg
<b>6. Ist der Patient gehfähig?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>7. Treppensteigen möglich?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>8. Ist der Patient bettlägerig?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>9. Liegt eine Inkontinenz vor?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Komplette- <input type="checkbox"/> Inkomplette
<b>9a. Stuhlinkontinenz?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Komplette- <input type="checkbox"/> Inkomplette
<b>9b. Urininkontinenz?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Komplette- <input type="checkbox"/> Inkomplette
<b>10. Hilfebedarf vorhanden?</b>	<input type="checkbox"/> kommunizieren <input type="checkbox"/> beim Bewegen
	<input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Essen / Trinken
	<input type="checkbox"/> Toilettengang <input type="checkbox"/> beim Kleiden
	<input type="checkbox"/> Ruhen/schlafen <input type="checkbox"/> beim Beschäftigen
	<input type="checkbox"/> Sicherheits Sorge <input type="checkbox"/> Sozialbereiche sichern
<b>11. Patient ist orientiert zu</b>	<input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Raum <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation
<b>12. Patient ist desorientiert zu</b>	<input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Raum <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation
<b>13. Patient ist teilweise desorientiert zu</b>	<input type="checkbox"/> Zeit <input type="checkbox"/> Raum <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Situation
<b>14. Gefährliche Eigenschaften ?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja welche?
<b>15. Liegen Suchtkrankheiten vor?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja welche?
<b>16. Liegen Körperliche Behinderungen vor?</b>	
<b>17. Liegen geistig / seelische Behinderungen vor?</b>	
<b>18. Diagnosen</b>	
	Demenz vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>19. Ist der Patient frei von Infektionskrankheiten (MRSA / TBC / Colibakt. / HIV/ Hepatitis usw. )</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn Nein welche?
<b>20. Ist der Patient gefährdet, wenn ja in welchen Bereichen?</b>	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Thrombose
	<input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Soor / Parotitis
	<input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/> Cystitis <input type="checkbox"/> Intertrigo
<b>21. Hinweise und Bemerkung des Arztes.</b>	
<b>22. Kostform</b>	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes