

## ARZTLICHER FRAGEBOGEN

(Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

<b>Name, Vorname (bei Frauen auch Geburtsname)</b>						
<b>Geburtstag</b>						
<b>Geburtsort</b>						
<b>Adresse</b>	Strasse					
	Plz/Ort					
<b>Krankenkasse</b>						
<b>Ist PatientIn gehfähig?</b>	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
<b>Besteht Bettlägerigkeit?</b>	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
<b>PatientIn mobilisationsfähig?</b>	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
<b>Zeitlich orientiert?</b>	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
<b>Örtlich orientiert?</b>	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
<b>Situativ orientiert?</b>	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
<b>Persönlich orientiert?</b>	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
<b>Nächtliche Unruhe?</b>	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
<b>Grundstimmung (Affekt)</b>	0	Freundlich	0	Offen	0	Ausgeglich en Verdriesslich
	0	Depressiv	0	Ängstlich	0	
<b>Bei welchen AEDL´s besteht ein Hilfsbedarf?</b>						
<b>Ruhen und Schlafen</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Sich anziehen/kleiden</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Sich pflegen</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Essen und Trinken</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Sich bewegen</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Sich beschäftigen</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Ausscheidung Harn</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Ausscheidung Stuhl</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Kommunizieren</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Erhalten von Vitalfunktionen</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Für sichere Umgebung sorgen</b>	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Augenblickliche Medikation:</b>						
						Bitte wenden!

**Jetzige Akuterkrankung/Einlieferungsgrund ins Krankenhaus:**

**Diagnosen/Bisheriges Krankheitsbild:**

**Gibt es Einschränkungen aufgrund besonderer Behinderungen?**

**Besteht eine Sucht oder Abhängigkeit?**

**Ist die Einhaltung einer besonderen Diät notwendig?**

**Ist PatientIn frei von ansteckenden bzw. meldepflichtigen Krankheiten?**

Ja     Nein    Wenn Nein: Welcher Keim liegt vor: \_\_\_\_\_

**Anschriften der Angehörigen, Bekannten bzw. des Betreuers (mit Telefon!):**

**Anschrift des Hausarztes bzw. des Krankenhausarztes (mit Telefon):**

**Weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes:**

**Eine Aufnahme soll erfolgen:**

- im Betreuten Wohnen
- im Pflegeheim

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes