



## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

(Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Name, Vorname (bei Frauen auch Geburtsname)						
Geburtstag						
Geburtsort						
Adresse	Strasse					
	Plz/Ort					
Krankenkasse						
Ist PatientIn gehfähig?	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
Besteht Bettlägerigkeit?	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
PatientIn mobilisationsfähig?	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
Zeitlich orientiert?	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
Örtlich orientiert?	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
Situativ orientiert?	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
Persönlich orientiert?	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
Nächtliche Unruhe?	0	Ja	0	Zeitweise	0	Nein
Grundstimmung (Affekt)	0	Freundlich	0	Offen	0	Ausgeglich- chen
	0	Depressiv	0	Ängstlich	0	Verdriess-lich
<b>Fremde Hilfe bedürftig?</b>						
Ruhen und Schlafen	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Sich anziehen/kleiden	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Sich pflegen	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Essen und Trinken	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Sich bewegen	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Sich beschäftigen	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Ausscheidung Harn	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Ausscheidung Stuhl	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Kommunizieren	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Erhalten von Vitalfunktionen	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
Für sichere Umgebung sorgen	0	Ja	0	Teilweise	0	Nein
<b>Augenblickliche Medikation (ggf. Medikamentenplan beilegen):</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