

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Vormerkung zur Aufnahme



<b>Herr / Frau</b>	<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
--------------------	-------------	----------------

<b>(bei Frauen auch Mädchenname)</b>	<b>Geburtsdatum</b>
--------------------------------------	---------------------

hierzu wird aus ärztlicher Sicht Heimbedürftigkeit bescheinigt  ja  nein

## Angaben zur Person

<b>Diagnosen:</b>	

<b>Gehfähig?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen
------------------	---

<b>Treppensteigen möglich?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen
--------------------------------	---

<b>Bettlägerig?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> ständig
---------------------	--

<b>Beherrschung des Stuhlganges?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen

<b>Beherrschung des Urinabganges?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anmerkungen

<b>Fremder Hilfe bedürftig?</b>	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei der Orientierung
	<input type="checkbox"/> bei	<input type="checkbox"/> bei

<b>Nachts ruhig?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer Anmerkungen:

<b>Ortlich orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer Anmerkungen:

<b>Zeitlich orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
-----------------------------	--

<b>Persönlich orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
-------------------------------	--

<b>Persönlich orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
-------------------------------	--

<b>Situativ orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
-----------------------------	--

<b>Gemütslage</b>	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> euphorisch <input type="checkbox"/> gereizt
	<input type="checkbox"/> Anmerkungen:

<b>Gefährliche Eigenschaften?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

<b>Suchtkrankheiten?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

<b>Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welche:
	<input type="checkbox"/> Keimbesiedlung, wo:

<b>Hinweise und Bemerkungen des Arztes:</b>	

<b>Ort</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift des Arztes</b>
		<b>Stempel</b>