



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
Fremde Hilfe bedürftig?						
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
Augenblickliche Medikation (ggf. Medikamentenplan beilegen):						

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