



Trautnerstr.4
52066 Aachen
Telefon 0241/60839-0
Fax 0241/60839-900

Eingangsstempel

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname:	Geburtsdatum:	Pflegestufe:
---------------------	---------------	--------------

2. Benötigt der Patient/die Patientin Hilfen beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(aus dem Bett)				
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen				
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	der Toilette:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist die Patientin/der Patient orientiert:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ist er/sie bettlägerig?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

7. Bestehen Unverträglichkeiten/Allergie?

<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja. Welche? _____

8. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

9. Besteht eine Suchtkrankheit? Werden regelmäßig Psychopharmaka verordnet?

10. Besteht eine körperliche Behinderung?

11. Liegt eine psychische Störung vor? (Demenz mit Unruhe und Weglauftendenzen?)

12. Bestehen ansteckende Krankheiten? (wie z. B. TBC?)

13. Diagnose (bitte deutlich schreiben!) - Liegen chronische Erkrankungen vor?

14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

15. Ist Diät/Schonkost erforderlich? Wenn ja, in welcher Art?

16. Sind eigene (Pflege-)Hilfsmittel vorhanden? Wenn ja, welche?

17. Ist die Patientin/der Patient bei weiteren (Fach-) Ärzten in Behandlung?

18. Bemerkungen, Hinweise

Diese **ärztliche Stellungnahme** beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes
