

Eingangsstempel

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



Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

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

2. Benötigt der Patient/die Patientin Hilfen beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	☐	☐	☐	☐	Aufstehen:	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐	(aus dem Bett)				
Essen	☐	☐	☐	☐	Zu Bett gehen:	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐	Benutzen				
Ankleiden	☐	☐	☐	☐	der Toilette:	☐	☐	☐	☐

3. Ist die Patientin/der Patient orientiert:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich	☐	☐	☐	☐
örtlich	☐	☐	☐	☐
persönlich	☐	☐	☐	☐
situativ	☐	☐	☐	☐

4. Treten nachts

Unruhe-	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zustände auf?	☐	☐	☐	☐

5. Ist er/sie

bettlägerig?	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	☐	☐	☐	☐

6. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz	☐ ja	☐ nein
Harninkontinenz	☐ ja	☐ nein

7. Bestehen Unverträglichkeiten/Allergie?

☐ nein
☐ 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 Hinlauftendenzen?)

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