



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

Anamnese/Diagnose/derzeitige Therapie: _____

Befund

		geschätzt		gemessen
Größe	_____cm	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gewicht	_____kg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	o. B.	Funktionsstörungen	welche
Atmungsorgane und Luftwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf- und Gefäßsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verdauungsorgane und -wege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Urogenitalsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bewegungsapparat und Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien	_____		
Sonstiges	_____		

Hilfsmittel:

versorgt mit:

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator/Gehilfe
<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/> Prothese: _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Körperliche Einschränkungen:

	funktionsfähig teilweise/nicht	Amputation	Versteifung	Lähmung	Deformierung
Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	_____				

Inkontinenz	vorübergehend	dauernd	ja	nein
Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomaträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geisteszustand

- örtlich desorientiert
- zeitlich desorientiert
- bewußtseinsgetrübt
- unruhig
- psychotisch
- selbstgefährdend
- fremdgefährdend

Anfallsleiden

- Anfälle**
- täglich
 - wöchentlich
 - monatlich

Empfindungsstörungen _____

Sehvermögen

- blind
- fast blind

Hörvermögen

- taub
- fast taub

Sprech- und Sprachvermögen

- Aphasie motorisch
- sensibel
- sonst. Störungen _____
- Schweregrad: _____

Pflegebedarf

Hilfen erforderlich bei:	gelegentlich	häufig	ständig
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen/Stehen/Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anlegen/Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneputzen/Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verabfolgung von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen- und Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Häusliche-,Pflege- und Versorgungssituation (soziales Umfeld):

	ja	nein	nicht immer
Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welcher Art: _____

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

Prognose

Verringerung des Hilfsbedarfs ist möglich bei:

Besserung durch weiteren Heilverlauf	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittelversorgung	<input type="checkbox"/>
Aktivierung u. Anpassung von Restfunktionen	<input type="checkbox"/>	Welche?	

therapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	Anpassung der örtl. Verhältnisse	<input type="checkbox"/>
Welche?		Welche?	

Reha-Maßnahmen	<input type="checkbox"/>		
Welche?			

Ärztliche Beurteilung:

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor ja nein

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes