AWO-Seniorenbetreuung Neustadt GmbH
Altenwohn- und Pflegeheim „Marie Juchacz“
Hans-Böckler-Straße 2, 91413 Neustadt a.d. Aisch

Ärztlicher Fragebogen anläßlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

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

1. Vor- und Zuname			
2. Geburtstag	Krankenkasse:		
3. Ist Patient gehfähig?	☐ ja	☐ nein	
4. Treppensteigen möglich	☐ ja	☐ nein	
5. Ist Patient häufig bettlägerig?	☐ ja	☐ nein	
6. Ständig bettlägerig?	☐ ja	☐ nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?	☐ ja	☐ nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	☐ ja	☐ nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig?	☐ beim Essen	☐ beim Waschen	
	☐ beim Ankleiden	☐ beim Frisieren/Rasieren	
	☐ beim Aufstehen aus dem Bett	☐ beim Lagern zur Nachtruhe	
	☐ beim Benutzen der Toilette	☐ bei	
10. Örtlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
12. Nachts ruhig?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
13. Gefährliche Eigenschaften?	☐ nein	☐ ja, welche?	
14. Suchtkrankheit?	☐ nein	☐ ja, welche?	
15. Körperliche Behinderung(en) – Art –			
16. Sind Hilfsmittel nötig?			
Brille: ☐ ja ☐ nein		Kontaktlinsen: ☐ ja ☐ nein	
Gehörapparat: ☐ ja ☐ nein		Rollstuhl: ☐ ja ☐ nein	
Laufgestelle: ☐ ja ☐ nein		Gehstock: ☐ ja ☐ nein	
Gebiß oben: ☐ ja ☐ nein		Gebiß unten: ☐ ja ☐ nein	
Prothesen: ☐ ja ☐ nein			
17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art –			
18. Diagnose			
19. Regelmäßige Medikamente:	☐ ja	☐ nein	
Welche?			
20. Einnahme selbständig	☐ ja	☐ nein	
21. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?			
22. Diätkost:	☐ ja	☐ nein	
Welche:			
23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			

_____ , den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ihre Betroffenenrechte sowie sonstige Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO finden Sie unter https://www.awo-neustadt.de/informationspflicht/