

Bezeichnung des Heimes/Stempel

Eingangsvermerke des Heimes

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Vor- und Zuname

geborene

Geburtsdatum

Benötigt der/die Patient/in
Hilfen beim

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Gehen

Frisieren/Rasieren

Treppen steigen

Aufstehen (aus dem Bett)

Essen

Zu Bett gehen

Waschen

Benutzen der Toilette

Ankleiden

Ist der/die Patient/in

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

zeitlich desorientiert

Treten nachts Unruhe-
zustände auf?

örtlich desorientiert

persönlich desorientiert

Ist der/die Patient/in
bettlägerig?

situativ desorientiert

Liegt Inkontinenz vor?

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Stuhlinkontinenz

Harninkontinenz

(wenn ja, in welcher
Form?)

Stress-
inkontinenz

Drang-
inkontinenz

Reflex-
inkontinenz

Überlauf-
inkontinenz

extraurethrale
Inkontinenz

Wie ist die Gemütsstim-
mung (die seelische
Verfassung)?

Besteht eine Sucht-Krank-
heit (wenn ja, welche?)

Besteht körperliche
Behinderung (wenn ja,
welcher Art?)

Liegen psychische
Störungen vor (wenn ja,
welcher Art?)

Bestehen ansteckende
Krankheiten wie z. B. TBC?
(bitte genau bezeichnen);
Liegt ein ärztliches Zeugnis
nach § 36 Abs. 4 Infektions-
schutzgesetz vor? (ja/nein?)

Ja Nein

frei von ORSA

frei von MRSA

Diagnose

Welche Medikamente
müssen verabreicht
werden?

Ist Diät/Schonkost
erforderlich?
(wenn ja, welcher Art?)

Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer
persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort, Datum

