

Bezeichnung der Einrichtung/Stempel



Eingangsvermerke der Einrichtung

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname				
Adresse	Straße/PLZ/Ort			
	Telefon			
Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim				
Gehen	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Treppen steigen	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Essen	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Waschen	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Ankleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Ist der/die Patient/in				
zeitlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Liegt Inkontinenz vor?				
Stuhlinkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/> Stress-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Drang-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflex-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Überlauf-Inkontinenz
				<input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz
Wie ist die seelische Verfassung?				



Bezeichnung der Einrichtung/Stempel

Ein Stück Heimat.
Die Seniorenzentren
der AWO Oberbayern.



Besteht eine Demenz? (Diagnose ICD)	
Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art?)	
Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art?)	
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>) genaue Bezeichnung
Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (genaue Bezeichnung)
Frei von ORSA	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Frei von MRSA	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnose	
Ist eine laufende ärztliche Behandlung notwendig?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:
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.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

