

# Ärztlicher Fragebogen

(ausschließlich zum Zwecke der Heimaufnahme. Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. in geschlossenem Umschlag weiterleiten.)

Name, Vorname .....  
Ggf. Geburtsname .....  
Geburtsdatum .....

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Heimaufnahme

.....  
Unterschrift des Bewohners/Betreuers/Bevollmächtigten

Diagnosen(bitte in Druckbuchstaben): .....

.....  
.....

- 1) Ist Bewohner gehfähig?  ja  nein  nur mit Hilfe
- 2) Ist Treppensteigen möglich?  ja  nein  nur mit Hilfe
- 3) Ist Bewohner häufig bettlägerig?  ja  nein
- 4) Beherrschung des Stuhlgangs?  ja  nein  nicht immer
- 5) Beherrschung des Urinabgangs?  ja  nein  nicht immer
- 6) Ist Bewohner orientiert?
  - 6a) zur Person?  ja  nein  nicht immer
  - 6b) zum Ort?  ja  nein  nicht immer
  - 6c) zur Situation?  ja  nein  nicht immer
  - 6d) zur Zeit?  ja  nein  nicht immer
- 7) Bestehen **tagsüber** Unruhezustände?  ja  nein  
Wenn ja, wie äußern sie sich? .....
- 8) Bestehen **nachts** Unruhezustände?  ja  nein  
Wenn ja, wie äußern sie sich? .....
- 9) Besteht eine Weglauftendenz  ja  nein



11) Besteht ein Dekubitus?

Wo?.....

Größe:.....

Versorgung mit.....

- 12) Bedarf Bewohner fremder Hilfe?  ja  nein  nicht immer
- 12a) bei der Nahrungsaufnahme?  ja  nein  nicht immer
- 12b) beim Aufstehen aus dem Bett?  ja  nein  nicht immer
- 12c) beim Benutzen der Toilette?  ja  nein  nicht immer
- 12d) beim Frisieren/rasieren?  ja  nein  nicht immer
- 12e) beim Ankleiden?  ja  nein  nicht immer
- 12f) beim Waschen?  ja  nein  nicht immer
- 12g) beim Baden?  ja  nein  nicht immer
- 12h) beim Lagern zur Nacht?  ja..... nein

13) körperliche Beeinträchtigung(en)?

Welche?.....

.....

14) Geistig-seelische Beeinträchtigung(en)?

Welche?.....

.....

15) Besteht Suizidgefahr?  ja  nein

16) Suchterkrankung(en)?  ja  nein

Welche?.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Praxisstempel des behandelnden Arztes