

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

1. Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	

### 2. Hilfebedarf

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Aufstehen				
Zu Bett gehen				
Toilettenbenutzung				

### 3. Ist der/die Patient/in desorientiert

	Ja	Nein
• zeitlich:		
• örtlich:		
• persönlich:		
• situativ:		

### 4. Treten Tagsüber oder Nachts Unruhezustände auf?

--

### 5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

--

### 6. Besteht eine Inkontinenz?

	Ja	Nein	Gelegentlich
• Harninkontinenz			
• Stuhlinkontinenz			
• Beides			

### 7. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung?)

--

### 8. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)

--

### 9. Besteht eine körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art?)

--

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

--

11. Bestehen ansteckende Krankheiten? (bitte genau bezeichnen)

12. Diagnosen:

13. Welche Medikation müssen verabreicht werden und wie?

14. Ist eine Diät oder Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

Weitere Hinweise und Bemerkungen:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes