

Ärztlicher Fragebogen

Dieser Fragebogen dient der Vorbereitung zur Heimaufnahme.
 Eine vollständige Beantwortung hilft uns dabei.

1) Name	Vorname		
2) Geburtsdatum			
3) Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
4) Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5) Ist der Patient bettlägrig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
6) Beherrschung des Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
7) Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
8) Fremde Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei der	<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Duschen <input type="checkbox"/> Baden
		<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Mund/Zahnpflege <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei der	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> mundger. Zubereitung <input type="checkbox"/> Sondenkost
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei der	<input type="checkbox"/> Mobilität	<input type="checkbox"/> Aufstehen/zu Bett gehen <input type="checkbox"/> Be-/Entkleiden
9) Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
10) Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
11) Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
12) Gemütsstimmung?			
13) Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
14) Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
15) Körperliche Behinderung/en (Art), Besonderheiten (z.B. Port, Tracheostoma, ...)?			
16) Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art)?			
17) Diagnose?			
18) Diät notwendig? Wenn ja, welche?			
19) Derzeitige Therapien			
20) Derzeitige Medikation			
21) Derzeitige Physiotherapie			
22) Derzeitige Arbeits- bzw. Beschäftigungstherapie			
23) Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
24) War der Patient bereits Kurzzeitgast in einem Heim?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
25) Trat hierbei Verwirrung mit Weglauftendenz auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
26) Hinweise und Bemerkungen vom Arzt			

, den

Stempel und Unterschrift des Arztes