



Ärztlicher Fragebogen

Patient:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ

Wohnort

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

Datum

Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten

Ist der Patient gehfähig?

ja nein mit Hilfe

Treppensteigen möglich?

ja nein mit Hilfe

Ist der Patient bettlägerig?

ja nein häufig

Stuhlinkontinenz?

ja nein zeitweise

Urininkontinenz?

ja nein zeitweise

Örtlich orientiert?

ja nein zeitweise

Zeitlich orientiert?

ja nein zeitweise

Nachts ruhig?

ja nein zeitweise

Dauerkatheter?

nein ja Art:

Gefährliche Eigenschaften?

nein ja, welche

Suchtkrankheit?

nein ja, welche

Aktuelle Medikation (ggf. Ausdruck beifügen):

Fremder Hilfe bedürftig bei Verrichtung des täglichen Lebens:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bei der Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> beim Ankleiden/Auskleiden |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> beim Waschen |
| <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> beim Baden/Duschen |
| <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> beim Lagern |
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett/
zu Bett gehen | <input type="checkbox"/> |

Behandlungspflegerische Maßnahmen:

Körpergewicht

kg

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? (auch TBC) ja nein

Diagnosen (ggf. Ausdruck beifügen):

Stempel

Unterschrift des Arztes