An	Eingangsstempel
(Stempel des Heims / des Sozialamts)	Az.

Ärztlicher Fragebogen anläßlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen X, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Vor- und Zuname	☐ Ja	☐ Nein	
2. Geburtstag	☐ Ja	☐ Nein	
3. Ist Pat. Gefähig?	☐ Ja	☐ Nein	
4. Treppensteigen möglich?	☐ Ja	☐ Nein	
5. Ist Pat. Häufig bettlägerig?	☐ Ja	☐ Nein	
6. Ständig bettlägerig?	☐ Ja	☐ Nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?	☐ Ja	☐ Nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	☐ Ja	☐ Nein	
9. Fremde Hilfe bedürftig?	☐ Beim Essen		☐ Beim Waschen
	☐ Beim Ankleiden		☐ Beim Frisieren/Rasieren
	☐ Beim Aufstehen aus dem Bett		☐ Beim Lagern zur Nachtruhe
	☐ Beim Benutzen der Toilette		☐ Bei
10. Örtlich orientiert?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht immer
11. zeitlich orientiert?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht immer
12. Nachts ruhig?	☐ Ja	☐ Nein	☐ Nicht immer
13. Gemütsstimmung?	☐ Willig	☐ Freundlich	☐ Verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?	☐ Nein	☐ Ja, welche?	
15. Suchtkrankheit?	☐ Nein	☐ Ja, welche?	

16. Körperliche Behinderung(en) -Art- _____

17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung -Art- _____

18. Diagnose _____

19. Ist Pat. Frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? _____

20. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

_____ **,den** _____ **19** _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____