

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zunahme _____

Geburtsdatum _____

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

3. Ist der/die Patient/in zeitlich orientiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich orientiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
persönlich orientiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ orientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

6. Liegt Inkontinenz vor?									
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
(wenn ja, in welcher Form)	<input type="radio"/> Streßinkontinenz	<input type="radio"/> Dranginkontinenz	<input type="radio"/> Reflexinkontinenz	<input type="radio"/> Überlaufinkontinenz	<input type="radio"/> extraurethrale Inkontinenz				

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

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

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

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

