



Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

1. Name, Vorname _____
Geboren am: _____
Krankenkasse: _____
Versichertennummer: _____

2. Ist der Patient gefähig? ja nein
3. Sind Gehhilfen erforderlich? nein ja Stock
 Gehwagen
 Rollstuhl
4. Ist der Patient häufig bettlägerig? ja ständig nein
5. Liegt Harninkontinenz vor? ja nein DK
6. Stuhlinkontinenz vor? ja nein
7. Hilfestellung erforderlich Aufstehen aus dem Bett Essen anreichen
 Ankleiden Toilettenbenutzung
 Waschen Lagern zur Bettruhe

8. Zeitlich orientiert? ja nein nicht immer
9. Örtlich orientiert? ja nein nicht immer
10. Weglauftendenz? ja nein
11. Nachts ruhig? ja nein nicht immer
12. Gemütsverfassung? freundlich depressiv mürrisch
13. Suchtkrankheiten? nein ja, welche _____
14. Ansteckende Krankheiten? nein ja, welche _____
15. Besonderen Kostform? nein ja, welche _____

16. Körperliche Beeinträchtigung (Art): _____

17. Geistige-seelische Beeinträchtigung(en) (Art): _____

18. Diagnose: _____

19. Benötigte Medikamente: _____

20. Hinweise u. Bemerkungen des Arztes: _____