



## Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung

### 1. Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

2. Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Verordnete Medikamente

Medikament:	mo.	mi.	ab.	na.

### 4. Covid19 Impfung

Impfschutz vorhanden?

nein

ja

wenn ja: Datum Impfung 1: \_\_\_\_\_

Datum Impfung 2: \_\_\_\_\_

Booster-Impfung: \_\_\_\_\_

**4. Ermittlung des Hilfebedarfs**

Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Gehhilfen erforderlich? wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Gehwagen <input type="checkbox"/> Rollstuhl
Ist der Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> nein
Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> DK
Liegt Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfestellung erforderlich?	<input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> Ankleiden <input type="checkbox"/> Essen anreichen <input type="checkbox"/> Lagern zur Bettruhe <input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> _____
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Gemütsverfassung?	<input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> mürrisch
Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
Ansteckende Krankheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
Besonderen Kostform?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____
Körperliche Beeinträchtigung (Art):	
Geistige-seelische Beeinträchtigung(en) (Art):	
<b>Hinweise u. Bemerkungen des Arztes:</b>	