

AGAPLESION BETHESDA ULM SENIORENZENTRUM DONAUUFER

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung bei Heimaufnahme

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
1. Benötigt der Patient Hilfe beim				
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ist der Patient desorientiert?

zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Zeigt der Patient Hinlauftendenzen?

4. Treten in der Nacht Unruhezustände auf?

5. Liegt eine Inkontinenz vor?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Liegt eine/liegen mehrere Wunden vor?

Nein Ja

Wenn ja, wo?

7. Besteht eine Suchterkrankung?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

8. Liegen psychische Erkrankungen vor?

Nein

Ja

Wenn ja, welche

9. Besteht eine körperliche Behinderung?

Nein

Ja

Wenn ja, welche

10. Besteht ansteckende Krankheiten?

Nein

Ja

Wenn ja, welche

11. Ist Diät / Schonkost erforderlich?

Nein

Ja

Wenn ja, welche

12. Diagnosen

13. Medikamente

Bitte aktuellen ausgedruckten und unterschriebenen Medikamentenplan beilegen.

Besondere Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes