



Seniorenzentrum
Bgm.-Ferdinand-Fischer-Str. 3
96472 Rödental
Tel.: 09563/74540
Fax: 09563/745434

Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverband Ofr./Mfr. e.V.
Karl-Bröger-Str. 9/1
90459 Nürnberg
Tel. (09 11) 45 08 15
Fax (09 11) 45 08 35

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

1. Vor- und Zuname: Geburtsdatum:
2. Bei welcher Krankenkasse ist der Patient versichert?
3. Seit wann ist der Patient in Behandlung? Seit wann ist der Patient ggf. im Krankenhaus? Wann ist der voraussichtliche Entlassungstermin?
3. Benötigt der Patient/die Patientin Hilfen beim ...

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
<i>Gehen</i>					<i>Frisieren/Rasieren</i>				
<i>Essen</i>					<i>Aufstehen (a. d. Bett)</i>				
<i>Waschen</i>					<i>Zu Bett gehen</i>				
<i>Ankleiden</i>					<i>Benutzen d. Toilette</i>				
4. Ist der/die Patient/in ...

<i>zeitlich desorientiert?</i>				
<i>örtlich desorientiert?</i>				
<i>persönlich desorientiert?</i>				
<i>situativ desorientiert?</i>				
5. Treten nachts Unruhezustände auf?

--	--	--	--
6. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

--	--	--	--
7. Liegt Inkontinenz vor?

<i>Stuhlinkontinenz</i>					<i>(wenn ja, in welcher Form?)</i>				
<i>Harninkontinenz</i>					Stressinkontinenz				
					Dranginkontinenz				
					Reflexinkontinenz				
					Überlaufinkontinenz				
					extraurethrale Inkontinenz				
8. Dauerkatheter? | ja | nein
9. Bestehen Einschränkungen des ...

<i>Hörvermögens</i> ja nein	<i>Sehvermögens</i> ja nein	<i>Sprachvermögens</i> ja nein
---------------------------------	---------------------------------	------------------------------------
10. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?
11. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche?)
12. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?
13. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?
14. Bestehen ansteckende Krankheiten nach § 48a BSeuchG (bitte genau)

bezeichnen)?

15. Diagnose

16. Liegt bereits eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit gemäß Pflegeversicherungsgesetz vor?

17. Besondere medizinische, pflegerische Versorgung (PEG-Sonde, Dialyse, Tracheotomie)?

18. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

19. Ist Diät / Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?

20. Welcher Arzt wird den/ die Patient/in im Heim behandeln?

21. Hinweise/ Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes:

.....
Datum