

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen,
ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Evangelische Gesellschaft
für gemeinnützige Altenhilfe
Opladen mbH
www.altenheim-ulrichstrasse.de

1. Vor- und Zuname _____

2. Geburtstag _____

3. Ist der Patient gehfähig? ja nein

4. Treppensteigen möglich? ja nein

5. Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein

6. Ist der Patient ständig bettlägerig? ja nein

7. Beherrschung des Stuhlabgangs? ja nein

8. Beherrschung des Urinabgangs? ja nein

9. Fremder Hilfe bedürftig?

beim Ankleiden

beim Lagern

beim Aufstehen aus dem Bett

bei Nahrungsaufnahme

beim Benutzen der Toilette

bei PEG-Sonde

beim Frisieren/Rasieren

10. Örtlich orientiert?

ja

nein

nicht immer

11. Zeitlich orientiert?

ja

nein

nicht immer

12. Nachts ruhig?

ja

nein

nicht immer

13. Gemütsstimmung?

willig

freundlich

verdrießlich

14. Gefährliche Eigenschaften?

nein

ja, welche _____

15. Suchtkrankheit?

nein

ja, welche _____

16. Infektionserkrankungen?

nein

ja, welche _____

17. Ärztliche Diagnose _____

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

