

Vorlage Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme
Version: 1.0

1. Personalien

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Größe: Gewicht:

Allgemeine Fragen				
2. Diagnosen Inkl. ansteckender Infektionserkrankungen Ggf. Diagnoseblatt aushändigen	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
3. Besteht eine TBC? §36 (4) IfsG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
4. besteht eine Suchterkrankung?	Wenn ja, welche:			
5. besteht eine psychische Behinderung?	Wenn ja, welche:			
6. besteht eine physische Behinderung?	Wenn ja, welche:			
7. besteht ein Dekubitus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation:	Größe:	Grad:
8. bestehen Wunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation:		
9. Gehfähigkeit vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Benötigte Hilfsmittel:		
10. Ist Pat. bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> nein	
11. Ist Urininkontinenz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Benötigtes Inkontinenzmaterial:	
12. Ist Stuhlinkontinenz vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Benötigtes Inkontinenzmaterial:	
13. Örtliche orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein	
14. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein	
15. besteht Hinlaftendenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ständige Aufsicht ist erforderlich?		
16. Nachtverhalten/ Schlafen	<input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig	Problematisch:		
Hilfebedarf				
17. Wo wird Hilfe benötigt?				
<input type="checkbox"/> Zubereitung Mahlzeiten <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Aufstehen/Hinsetzen	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Toilettenverrichtung <input type="checkbox"/> Mobil sein	<input type="checkbox"/> Frisieren/ggf. Rasieren <input type="checkbox"/> Lagern in der Nacht		
18. Weiterer Hilfebedarf	<input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> ...		
19. Ist Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes