

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme



Bezirksverband
Schwaben e.V.

per Fax an: **0821/60 20 58**

oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenheim
Friedberg
Rothenbergstraße 37
86316 Friedberg

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Allgemeines

- | | ja | nein |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ist der Patient gehfähig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient bettlägerig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beherrschung des Stuhlabgangs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beherrschung des Urinabgangs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist fremde Hilfe nötig | | |
| – beim Essen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – beim Waschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – beim Ankleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – beim Aufstehen aus dem Bett? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – bei Lagerungen zur Nachtruhe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – beim Benutzen der Toilette? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – bei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient örtlich orientiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient zeitlich orientiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gemütsstimmung? | | |
| Gefährliche Eigenschaften? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? | | |
| Weglauftendenzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suchtkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? | | |

Der Untersuchung hat auch eine Röntgenaufnahme der Lunge zugrunde gelegen. Datum der Aufnahme:

.....

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten – auch Tbc (nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)?

.....

Körperliche Behinderungen

Art:

.....

.....

Geistig-seelische Behinderungen

Art:

.....

.....

Diagnose

.....

.....

.....

.....

.....

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

.....

.....

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes
Ort, Datum