



# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

|    |                   |  |
|----|-------------------|--|
| 1. | Vor- und Zunahme: |  |
|    | Geburtsdatum:     |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 2. | Benötigt der/ die Patient/in Hilfen beim Gehen |  |
|    | Treppensteigen                                 |  |
|    | Essen  |  |
|    | Waschen  |  |
|    | Ankleiden                                      |  |
|    | Frisieren/Rasieren                             |  |
|    | Aufstehen/zu Bett gehen                        |  |
|    | Benutzen der Toilette                          |  |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 3. | Ist der Patient/in zeitlich desorientiert ? |  |
|    | örtlich desorientiert ?                     |  |
|    | situativ desorientiert ?                    |  |

|    |                                      |  |
|----|--------------------------------------|--|
| 4. | Treten nachts Unruhezustände auf ?   |  |
|    | Ist der/die Patient/in bettlägerig ? |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 5. | Liegt Inkontinenz vor ?<br>Stuhlinkontinenz<br>Harninkontinenz |  |
|----|--|--|

|    |                              |  |
|----|------------------------------|--|
| 6. | Wie ist die Gemütsstimmung ? |  |
|----|------------------------------|--|

