

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

W&N LEBENSRAÜME  
GmbH



<b>1a. Name</b> (Familienname & Geburtsname)				
<b>1b. Vorname(n)</b> (Rufname unterstreichen)				
<b>2. Geburtsdatum</b>				
<b>3. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:</b>				
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Essen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Körperpflege	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>4. Ist der/die Patient/in:</b>				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>5. Treten nachts Unruhezustände auf?</b>				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>6. Ist der/die Patient/in bettlägerig?</b>				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>7. Liegt Inkontinenz vor?</b>				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
<b>8. Besteht eine Suchtkrankheit?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wenn ja, welche?			
<b>9. Besteht körperliche Behinderung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wenn ja, welche Art?			
<b>10. Besteht geistig-seelische Behinderung oder Störung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wenn ja, welche Art?			

<b>11. Gemütsstimmung?</b>	<input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> euphorisch <input type="checkbox"/> hyperaktiv
	<input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> verdrießlich <input type="checkbox"/> depressiv
	<input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> .....
<b>12. Liegen gefährliche Eigenschaften vor?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, welche?
<b>13. Bestehen Infektionskrankheiten wie z.B. HIV/ MRSA/ TBC?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, welche (bitte genau bezeichnen)?
<b>14. Diagnosen</b>	
<b>15. Hinweise, Bemerkungen...</b>	
Die Angaben beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes
Ort:	
Datum:	

**zu senden an:**

W&N Lebensräume GmbH  
 Sozialer Dienst  
 Dr.-Max-Krell-Park 12  
 02708 Großschweidnitz