

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

W&N LEBENSRAÜME
GmbH



1a. Name (Familienname & Geburtsname)				
1b. Vorname(n) (Rufname unterstreichen)				
2. Geburtsdatum				
3. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:				
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
4. Ist der/die Patient/in:				
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
5. Treten nachts Unruhezustände auf?				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
6. Ist der/die Patient/in bettlägerig?				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
7. Liegt Inkontinenz vor?				
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		
8. Besteht eine Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wenn ja, welche?			
9. Besteht körperliche Behinderung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wenn ja, welche Art?			
10. Besteht geistig-seelische Behinderung oder Störung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wenn ja, welche Art?			

11. Gemütsstimmung?	<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"/>
12. Liegen gefährliche Eigenschaften vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, welche?
13. Bestehen Infektionskrankheiten wie z.B. HIV/ MRSA/ TBC?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, welche (bitte genau bezeichnen)?
14. Diagnosen	
15. Hinweise, Bemerkungen...	
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