

**ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN**

## FÜR DIE ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

**NAME:**

GEB.DATUM

GEHFÄHIG	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
BETTLÄGERIG	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
STUHLINKONTINENZ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
URININKONTINENZ	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
ÖRTLICHE ORIENTIERUNG	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
ZEITLICHE ORIENTIERUNG	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
ORIENTIERUNG ZUR PERSON	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
NACHTS RUHIG	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILWEISE
SUIZIDGEFAHR	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
WEGLAUFTENDENZEN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> ZEITWEISE

HILFE WIRD BENÖTIGT BEI

 AUFSTEHEN AUS DEM BETT AN- UND AUSKLEIDEN WASCHEN BADEN FRISIEREN / RASIEREN BENUTZEN DER TOILETTE LAGERN ZUR NACHTRUHE ESSEN UND TRINKEN EINNEHMEN VON ARZNEI ORDNETEN DER PERSÖNLICHEN DINGE BETT MACHEN GEHEN TREPPENSTEIGEN ANLEGEN VON KÖRPERERSATZSTÜCKEN GEBRAUCH VON ORTHOP:HILFSMITTELN SONSTIGES:

DIAGNOSEN

BITTE WENDEN

<b>ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN</b>	
<b>NAME:</b>	GEB.DATUM
BESTEHEN SUCHTKRANKHEITEN ? WELCHE ?	
IST DER PATIENT FREI VON ANSTECKENDEN KRANKHEITEN (AUCH TBC UND MRSA) ?	
BESTEHEN KÖRPERLICHE BEHINDERUNGEN ?	
BESTEHEN GEISTIG-SEELISCHE BEHINDERUNGEN / STÖRUNGEN ?	
WELCHE KOSTFORMEN; DIÄTEN (SONDERNAHRUNG) SIND ERFORDERLICH ? <input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Diätkost: <input type="checkbox"/> Sondernahrung:	
WELCHE BEHANDLUNGSPFLEGE IST ERFORDERLICH ?	
WELCHE ARZNEIMITTEL WERDEN REGELMÄSSIG EINGENOMMEN ?	
BEMERKUNGEN ?	
DATUM	BEHANDELNDER ARZT : _____