

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme/KZP

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen x, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Vor- und Zuname	
Geburtstag	
Ist Patient gehfähig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Treppensteigen möglich?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ständig bettlägerig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="radio"/> beim Essen <input type="radio"/> beim Waschen <input type="radio"/> beim Ankleiden <input type="radio"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="radio"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="radio"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="radio"/> beim Benutzen der Toilette <input type="radio"/> bei
Örtlich orientiert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht immer
Zeitlich orientiert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht immer
Nachts ruhig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht immer
Gemütsstimmung?	<input type="radio"/> willig <input type="radio"/> freundlich <input type="radio"/> verdrießlich
Gefährliche Eigenschaften?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?
Suchtkrankheit?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?
Körperliche Behinderung(en) –Art-	
Geistig-seelische Behinderung oder Störung –Art-	
Diagnose	
Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hinweise und Bemerkungen des Arztes	

_____, den _____

Arztstempel