|  |
| --- |
| **Ärztlicher Fragebogen für die Heimaufnahme** |

|  |  |
| --- | --- |
| des/der Herrn/Frau |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| geboren am |  | in |  |

|  |
| --- |
| Bitte alle Fragen vollständig beantworten; zutreffendes Kästchen ankreuzen. |

|  |
| --- |
| **1. Selbständigkeit:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| beim Gehen: | ja | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| mit Gehhilfe | mit Begleitung | mit Rollstuhl | ist bettlägerig |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| beim Essen: | ja | teilweise | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| beim An- und Auskleiden: | ja | teilweise | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| beim Waschen: | ja | teilweise | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| beim Benützen der Toilette: | ja | teilweise | nein |

|  |
| --- |
| **2. Körperfunktion und Sinneswahrnehmung:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Harninkontinenz: ja | gelegentlich | nein | Dauerkatheter |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gehör: | gut | vermindert | Hörgerät |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sehkraft: | gut | vermindert | stark vermindert |

|  |
| --- |
| **3. Geistig- seelische Verfassung:** |

|  |
| --- |
| Orientierung: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| zeitlich: | normal | leicht desorientiert | schwer desorientiert |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| örtlich: | normal | leicht desorientiert | schwer desorientiert |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Merkfähigkeit: | normal | vermindert | schwer gestört |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kontaktfreude: | normal | vermindert | schwer gestört |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alkoholmissbrauch: | nein | gelegentlich | häufig |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gemütsstimmung: | ausgeglichen | depressiv | erregt |
|  | abgestumpft | hat Angst und Wahnvorstellungen | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachtruhe: |  | normal ruhig | öfters unruhig |

|  |  |
| --- | --- |
| Krankengeschichte (kurze Anamnese) |  |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose derzeit: |  |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Therapie derzeit: |  |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist eine besondere Diät erforderlich? | ja | nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Wenn ja, welche? |  |
|  | |

|  |
| --- |
| Empfehlungen des Arztes in Bezug auf die zukünftige Therapie (Physiotherapie, Logopädie, Behandlung durch den Dienst für psychische Gesundheit usw.) |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Hausarztes |  |

|  |
| --- |
| Der Patient zeigt keine Hinweise für das Vorliegen von ansteckenden Krankheiten. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort und Datum |  | Stempel und Unterschrift des Arztes |

Anlagen:

* zusammenfassender ärztlicher Bericht
* ein ärztlicher Bericht über das Verhalten zu Hause/im Krankenhaus
* Kopien von Entlassungsbriefen aus dem Krankenhaus