

Stempel des Hausarztes

Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Heimaufnahme)

Name:..... , geboren am.....

Ist der Patient gehfähig?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> ja
Ist Treppen steigen möglich?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> ja
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> ja
Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> ja
Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> ja

Fremder Hilfe bedürftig bei:	<input type="radio"/> Aufstehen aus dem Bett	<input type="radio"/> Frisieren/Rasieren
	<input type="radio"/> Waschen	<input type="radio"/> Ankleiden
	<input type="radio"/> Essen	<input type="radio"/> Benutzen der Toilette
	<input type="radio"/> Lagern zur Nachtruhe	<input type="radio"/> Bei:

Örtlich orientiert?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> ja
Zeitlich orientiert?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> ja
Nachts ruhig?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> ja
Gemütsstimmung?	<input type="radio"/> verdrießlich	<input type="radio"/> willig	<input type="radio"/> freundlich
Liegt Weglauftendenz vor?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> ja

Gefährliche Eigenschaften? nein ja – welche ?

Suchtkrankheiten? nein ja – welche ?

Körperliche Behinderung/en:

Geistig/seelische Behinderung/Störung:

Hauterkrankungen? nein ja – welche ?

Diagnosen:

.....

Diät erforderlich? nein ja – welche ?

Derzeitige Therapien/Physiotherapie:

Medikation:

.....

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Ist eine TBC (auch ausgeheilte) bekannt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Tine Test (erforderlich!) – durchgeführt am:	<input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos.	
Hat der Patient offene Wunden?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Liegt eine MRSA-Infektion vor?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Abstrich vom:	<input type="radio"/> neg.	<input type="radio"/> pos.	<input type="radio"/> nicht durchgeführt
Hepatitis A B C +	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nicht getestet

Eberbach, den

Stempel des Hausarztes

„Lebensrad“ Haus der Pflege
Schafwiesenweg 9, 69412 Eberbach
Tel.: 06271-4090 / Fax: 06271-71750
Email: info@lebensrad-eberbach.de
Unterschrift und Stempel des Arztes