

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme



Bezirksverband  
Schwaben e.V.

per Fax an: **08234/9637-70**

oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenheim  
Bobingen  
Lindauer Straße 31  
86399 Bobingen

Vorname .....

Nachname .....

Geburtsdatum .....

## Allgemeines

Größe ....., Gewicht .....

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ist der Patient gehfähig?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient bettlägerig?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhlinkontinenz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urininkontinenz?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterstützungsbedarf   |                          |                          |
| – bei Essen und Trinken?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – bei der Körperpflege?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – beim Ankleiden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – im Bereich Mobilität?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – beim Benutzen der Toilette /<br>Umgang mit Ausscheidungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient örtlich orientiert?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient zeitlich orientiert?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient zur Person orientiert?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verhaltensauffällig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? .....  |                          |                          |
| Hinlauftendenzen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suchtkrankheit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche? .....  |                          |                          |

## Wunden

- Welche?  ja  nein
- .....
- .....
- .....

## Ansteckende Krankheiten ja nein (auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche? .....

- |              | Nicht bekannt            | ja                       | nein                     |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| MRSA         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MRGN         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clostridien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere ..... |                          |                          |                          |

## Spezielle Versorgung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beatmungspflichtig | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma       | <input type="checkbox"/> Port           |
| <input type="checkbox"/> Dialyse            | <input type="checkbox"/> .....          |

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?  
.....  
.....

## Diagnosen

**Gerne dürfen Sie uns einen PC-Ausdruck der gesamten Diagnosen und des aktuellen Medikamentenplanes zukommen lassen.**

.....  
.....

## Allergien / Unverträglichkeiten

ja  nein

Welche? .....

## Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes  
Ort, Datum .....