



Josefsheim
von-Droste-Straße 16 • 59597 Erwitte
Tel.: 0 29 43 / 89 07 -40 • Fax: -41
E-mail: rvieth@josefsheim-erwitte.de
IK. 510590867

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

	Nein	Gelegentl.	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentl.	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3. Ist der/die Patient/in

zeitlich orientiert? JA / NEIN
örtlich orientiert? JA / NEIN
persönlich orientiert? JA / NEIN
situativ orientiert? JA / NEIN

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

JA / NEIN

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig ?

JA / STUNDENWEISE / NEIN

6. Liegt Inkontinenz vor? Wenn ja, in welcher Form ?

- Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Streßinkontinenz Dranginkontinenz
 Reflexinkontinenz Extraurtherale Inkontinenz Überlaufinkontinenz

7. Wie ist die Gemütsstimmung/ seelische Verfassung ?

8. Besteht eine Suchterkrankung? Wenn ja, welche ?

9. Besteht eine demenzielle Erkrankung? Wenn ja, welche?

10. Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welcher Art ?

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC gemäß § 36 Abs 4 (bitte genau bezeichnen)?

12. Diagnose(n) :

13. Welche Medikamente müssen regelmäßig verabreicht werden?

14. Welche Medikamente können bei Bedarf verabreicht werden?
(bitte mit Einzeldosis, max. 24 Std. Dosis und Indikationsgabe aufführen. Z.B. bei Obstipation, Schmerzen)

15. Bestehen Wunden oder Hautauffälligkeiten? Wenn ja, bitte die Lokalisation und Häufigkeit und Art der Behandlung angeben (auch rezeptfreie Präparate)

16. Werden Vitalzeichenkontrollen regelmäßig durchgeführt? Wenn ja welche und wie oft, zu welchem Zeitpunkt?

**17. Ist Diätkost erforderlich? Bei Diabetes mellitus mit Höhe der Broteinheiten.
Ist Schonkost erforderlich? Wenn ja, welcher Art ?**

18. Trinkmenge: Minimum und Maximum in 24 Std., Maßnahmen bei Unterschreitung des Minimums.

19. Hinweise und Bemerkungen:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes