

## Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung im vollstationären Bereich

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

**Diagnosen:**

---



---

**Ansteckende Krankheiten** (MRSA, HIV, Hepatitis, TBC nach § 36Abs 4 IfSchG):

nein

ja, welche

---

**Suchtkrankheit:**  in der Vergangenheit  ja  nein

**Allergien:**

**Körpergewicht:**

**Größe:**

**Ist der Patient:**

**Art und Umfang der Hilfebedürftigkeit beim:**

	nein	sel- ten	häu- fig	dau- ernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sturzgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	sel- ten	häu- fig	dau- ernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<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"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG	<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"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen vom Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**bitte wenden**

**Hilfsmittel:**

- |                                   |                                   |                                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille   | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Zahnrothese |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige |                                   |                                      |

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel des Arztes