



## Ärztlicher Fragebogen

### für die Heimaufnahme, Kurzzeitpflege, Tagespflege

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, bzw. ankreuzen!

**Zu- und Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Wohnort:**

**Straße:**

**Krankenkasse:**

**Gefähig?** ja nein teilweise

**Bettlägerig?** ja nein teilweise

**Stuhlinkontinenz?** ja nein zeitweise

**Urininkontinenz** ja nein zeitweise

**Örtliche Orientierung?** ja nein zeitweise

**Zeitliche Orientierung?** ja nein zeitweise

**Personenbezogene Orientierung?** ja nein teilweise **Nachts ruhig?** ja nein

**Suizidgefahr?** ja nein

**Suchtkrankheiten?** nein / welche?

**Frei von ansteckenden Krankheiten?** ja nein welche?

**Tbc:** siehe Extrablatt

**Körperliche Behinderungen?** nein ja, welche?

**Geistig-seelische Behinderungen oder Störungen?** nein ja, welche?

Wird **Hilfe, Teilhilfe oder Anleitung** benötigt beim

Aufstehen aus dem Bett  Einnehmen von Arznei ?

An - und Auskleiden?  Ordnen der persönlichen Dinge ?

Waschen ?  Bettmachen ?

Baden?  Gehen?

**b.w.**

**Alten- u. Pflegeheim St. Maria**  
Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim



- |                         |                       |                                     |                       |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Frisieren /Rasieren ?   | <input type="radio"/> | Treppensteigen?                     | <input type="radio"/> |
| Benutzen der Toilette ? | <input type="radio"/> | Anlegen von Körperersatzstücken     | <input type="radio"/> |
| Lagern zur Nachtruhe ?  | <input type="radio"/> | Gebrauch von orthopäd. Hilfsmitteln | <input type="radio"/> |
| Essen und Trinken ?     | <input type="radio"/> |                                     |                       |

**Diagnosen:**

**Welche Kostformen, Diäten sind erforderlich?**

**Welche Behandlungspflege ist erforderlich?**

**Welche Arzneimittel werden regelmäßig eingenommen?**

(Bitte Medikamentenplan mitgeben)

**Wir erbitten ein Blutbild (nicht älter als drei Monate)**

**Wir erbitten ein Tagesprofil BZ – Werte (nicht älter als 14 Tage)**

**Besondere Bemerkungen:**

**Ort:**

**Datum:**

**Alten- u. Pflegeheim St. Maria**  
Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim



**Stempel und Unterschrift des Arztes:**