



# Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

1. Vor,- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

seit wann ist der/die Patient/in in Behandlung? \_\_\_\_\_

ggf. im Krankenhaus? \_\_\_\_\_ Wann ist der voraussichtliche Entlassungstermin? \_\_\_\_\_

3. Benötigt der Patient Hilfen beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
Waschen	<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"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(aus dem Bett)	<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"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?  Ja  Nein

5. Treten nachts Unruhezustände auf?  Ja  Nein

6. Ist der/die Patient/in bettlägerig?  Ja  Nein

7. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz  Ja  Nein

Harninkontinenz  Ja  Nein

Wenn Ja in welcher Form?  Stressinkontinenz  Dranginkontinenz  Reflexinkontinenz  
 Überlaufinkontinenz  extraurethrale Inkontinenz

8. Dauerkatheter?  ja  nein

9. Bestehen Einschränkungen des:

Hörvermögens  ja  nein

Sehvermögens  ja  nein

Sprachvermögens  ja  nein

10. Wie ist die Gemütsstimmung(die seelische Verfassung)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

Bestehen Kontrakturen (wenn ja, welche Gelenke betroffen)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



13. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

---

---

---

14. Bestehen ansteckende Krankheiten nach § 48a BseuchG, insbesondere TBC ? (bitte genau bezeichnen)

---

---

---

15. Diagnosen

---

---

---

16. Liegt bereits eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit gemäß Pflegeversicherungsgesetz vor? Pflegestufe vorhanden?

- ja      Pflegestufe: \_\_\_\_\_  
 nein

17. Besondere medizinische, pflegerische Versorgung (PEG- Sonde, Dialyse, Tracheotomie)

---

---

---

18. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

---

---

19. Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art)?

---

---

---

20. Welcher Arzt wird den/die Patient/in im Heim behandeln?

Name, Straße, Ort, Telefon

21. Hinweise, Bemerkungen

---

---

---

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

---

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes