

# Ärztlicher Fragebogen

**FO-003-VWA**

(anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug)

Vor- und Zuname		geborene
Geburtsdatum		

Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
Treppe steigen	<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"/>
Essen	<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"/>
Waschen	<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"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ist der/die Patient/in	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Stress	Drang-	Reflex-	Überlauf-	extra-urethrale-
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(wenn ja, in welcher Form)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

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

Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

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

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen);  
Liegt ein ärztliches Zeugnis nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor (ja/nein)?

Verfasser/in:	M. Streubelt QMB	Geprüft von:		Freigabe von:	B. Hartmann PDL	<b>Version 1</b>
Datum:	20.04.2016	Datum:		Datum:	01.05.2016	

Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (Schmerzlokalisation, Schmerzdiagnose)	
Diagnose	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
Liegen Informationen zu MRSA vor?	ja <input type="checkbox"/> ,nämlich  nein <input type="checkbox"/>
Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)	
Hinweise, Bemerkungen	

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes