

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

per Fax an: 0821 2999777

oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse



Bezirksverband
Schwaben e. V.

**AWO Seniorenheim
Kreuzstr. 3
86368 Gersthofen**

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Allgemeines

Größe, Gewicht

ja nein

Ist der Patient gehfähig? ☐ ☐

Ist der Patient bettlägerig? ☐ ☐

Stuhlinkontinenz? ☐ ☐

Harninkontinenz? ☐ ☐

Unterstützungsbedarf

– bei Essen und Trinken? ☐ ☐

– bei der Körperpflege? ☐ ☐

– beim Ankleiden? ☐ ☐

– im Bereich der Mobilität? ☐ ☐

– beim Benutzen der Toilette/Umgang
mit Ausscheidungen? ☐ ☐

– bei ☐ ☐

Ist der Patient örtlich orientiert? ☐ ☐

Ist der Patient zeitlich orientiert? ☐ ☐

Ist der Patient zur Person orientiert? ☐ ☐

Verhaltensauffälligkeiten? ☐ ☐

Welche?

Weglauff Tendenzen? ☐ ☐

Suchtkrankheit? ☐ ☐

Welche?

Wunden ☐ ☐

Welche?

.....

Ansteckende Krankheiten

ja nein

☐ ☐

(auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche?

Nicht bekannt ja nein

MRSA ☐ ☐ ☐

MRGN ☐ ☐ ☐

Clostridien ☐ ☐ ☐

Andere

Spezielle Versorgung

ja nein

☐ ☐

Beatmungspflichtig ☐ Sauerstoffgabe ☐

Tracheostoma ☐ Port ☐

Dialyse ☐ ☐

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?

.....

Diagnosen

.....

.....

.....

.....

Allergien/Unverträglichkeiten

ja nein

☐ ☐

Welche?

.....

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes
Ort, Datum