

# Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

an: Marienheim, Rollefstr.4, 52078 Aachen  
Tel: 0241 - 413 610-12, Fax - 98

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

## Der / Die Patient/in benötigt Hilfe...

### 1. im Bereich Körperpflege

|            | nein                     | Aufsicht                 | Teilübernahme            | Vollübern.               |                    | nein                     | Aufsicht                 | Teilübern.               | Vollübern.               |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Waschen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Toilettenbenutzung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duschen    | <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"/> |
| Zahnpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 2. im Bereich Mobilität

|             |                          |                          |                          |                          |                  |                          |                          |                          |                          |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aufstehen (Bett) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | An-/Auskleiden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zubettgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. im Bereich Ernährung

|                    |                          |                          |                          |                          |            |                          |      |                          |    |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------|--------------------------|----|
| Nahrung zubereiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonde ?    | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja |
| Nahrungsaufnahme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sondentyp: | _____                    |      |                          |    |
| ...                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nahrung:   | _____                    |      |                          |    |

Diät/Schonkost erforderlich ? \_\_\_\_\_

### Sonstiges

|                | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nachts unruhig | <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"/> |

### Inkontinenz

|                  | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Harninkontinent  | <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"/> |

Inkontinenzbescheinigung ist/wird ausgestellt ?  Ja  Nein

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

### Orientierung

|                       | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Persönlich orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zeitlich 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"/> |
| Örtlich orientiert    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 87b SGB XI liegt m.E. vor  ja  nein

### Bewusstseinslage

klar  getrübt  bewusstlos  verwirrt

### Kommunikation

normal  eingeschränkt durch: 1)  Hören 2)  Sprechen 3)  Sehen 4)

Prophylaxen: \_\_\_\_\_

Gemütsstimmung/ \_\_\_\_\_

Seelische Verfassung \_\_\_\_\_

Suchtkrankheit ?

---

Körperliche Behinderungen ?

---

Psychische Erkrankungen ?

---

Ansteckende Krankheiten ?

---

DIAGNOSEN :

(bitte unbedingt ausfüllen)

---

---

---

---

---

---

---

---

Medikamenten-Verordnung:

Medikament

Verabreichung

---

---

---

---

---

---

---

---

Sonstige Hinweise /

Bemerkungen /

Pflegebesonderheiten

---

---

---

Dieses Ärztliche Gutachten beruht auf meiner persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Name des behandelnden Arztes

---

Ort: \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes