

Bitte zurücksenden an	Eingangsvermerke des Heims
<p align="center">Evangelische Altenhilfe Much/Seelscheid Gemeinnützige GmbH Am Grasgarten 20 53819 Neunkirchen-Seelscheid</p> <p align="center">Telefon: 02247 / 7010 Fax: 02247 / 701-499</p>	AZ:

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname
des/der Aufzunehmenden

Geburts-
datum:

Diagnose und Befund (möglichst deutsche Bezeichnungen verwenden):

Größe _____ cm Gewicht _____ Kg

Diabetes mellitus Glaukom Herzschrittmacher Dekubitus Sondennahrung

bösartige Erkrankungen: _____

Allergien: _____

Bestehen ansteckende Krankheiten/Infektionserkrankungen (einschl. Tbc, MRSA, HIV)?

nein ja, folgende: _____

Besteht eine Suchterkrankung?

nein ja, folgende: _____

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist eine Diät/Schonkost erforderlich?

nein ja, folgende: _____

Liegt Inkontinenz vor?

nein Harninkontinenz Stuhlinkontinenz

Wenn ja, in welcher Form?

Streßinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extraurethrale Inkontinenz

Bestehen funktionelle Einbußen im körperlichen Bereich?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

• Gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
• Waschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
• Duschen, Baden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
• Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
• Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
• Zubettgehen und/oder Aufstehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
• Verrichten hauswirtschaftlichen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

Bestehen Seh-, Hör-, und/oder Sprachstörungen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____
-------------------------------	--

Bestehen funktionelle Einbußen im geistig/seelischen Bereich?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Antriebsarmut	<input type="checkbox"/> Desorientierung	<input type="checkbox"/> motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen
<input type="checkbox"/> sonstige: _____						

Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Ist der/die Patient/in örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Ist der/die Patient/in persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Ist der/die Patient/in situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

Wird die Einrichtung einer Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes für erforderlich gehalten?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, weil: _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort / Datum.....