

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

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

<b>Name, Vorname</b> des/der Aufzunehmenden		<b>Geburtsdatum:</b>	
--	--	----------------------	--

**Diagnose und Befund (möglichst deutsche Bezeichnungen verwenden):**

---



---



---



---



---



---



---

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Sondenernährung
--	----------------------------------	--	------------------------------------	--

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?**

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	
-------------------------------	--	---	--

**Wenn ja, in welcher Form?**

<input type="checkbox"/> Strefinkontinenz	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/> 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 hauswirtschaftl. 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