

Eingangsvermerke des Heimes:
 

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH  
 Pflegeheim "Haus am Bodden"  
 Musikantenweg 3  
 18311 Ribnitz-Damgarten  
 Tel.: 03821/8720-00; Fax: 03821/8720-35

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name, Geburtsname: \_\_\_\_\_
2. Vornamen: \_\_\_\_\_
3. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
4. Benötigt der Patient Hilfe beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>Gehen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Essen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Waschen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ankleiden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frisieren/ Rasieren</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufstehen aus dem Bett</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Zu Bett gehen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Benutzen der Toilette</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ist der Patient

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>zeitlich desorientiert</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>örtlich desorientiert</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>persönlich desorientiert</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>situativ desorientiert</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Treten nachts Unruhestände auf</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>bettlägerig</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Liegt Inkontinenz vor:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
<b>Harninkontinenz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stuhlinkontinenz</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

\_\_\_\_\_

8. Verhaltensauffälligkeiten: Eigengefährdung  nein  ja, welche?

\_\_\_\_\_

 Fremdgefährdung  nein  ja, welche?

\_\_\_\_\_

9. Suchtkrankheit  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Dokument angelegt: Madeleine Pagels 12.6.14, 10:20 Uhr	Freigabe: Valeska Siehr 17.7.14	Seite 1 von 2 Rev.-Nr.: 3
--------------------------------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------

