



Luisenheim, Schloßallee 2, 40229 Düsseldorf



Eingangsvermerke

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte alle Fragen vollständig und in Druckschrift beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.)

1. Vor- u. Zuname ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_
2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
3. Gehfähigkeit:     ohne Hilfe     mit Hilfe     Rollstuhl     mit anderen Hilfsmitteln
4. Treppensteigen:  möglich     mit Hilfe     nicht möglich
5. Bettlägerigkeit:  nein     häufig     ständig
6. Stuhlinkontinenz:  kontinent     inkontinent     Stomaträger
7. Harninkontinenz:  kontinent     inkontinent     Dauerkatheter     \_\_\_\_\_
8. Fremder Hilfe bedürftig:  
 beim Waschen     beim Frisieren/ Rasieren  
 beim An-/Auskleiden     beim Benutzen der Toilette  
 beim Essen     beim Aufstehen aus dem Bett  
 Magensonde / PEG     dauernde Aufsicht erforderlich  
 beim Lagern zur Nachtruhe     bei: \_\_\_\_\_
9. Orientierung:    örtlich     ja     nein     gelegentlich  
                          zeitlich     ja     nein     gelegentlich  
                          zur Person     ja     nein     gelegentlich  
                          situativ     ja     nein     gelegentlich
10. Unruhe:     nein     ständig     nächtlich     medikamentös beeinflussbar
11. Hörbehinderung:  nein     schwerhör.     Hörgerät     taub
12. Sehbehinderung:  nein     sehbeh.     Brille     blind
13. Kommunikation:  nicht eingeschränkt     eingeschränkt - Wodurch? \_\_\_\_\_

14. Hautschäden / Wunden:  nein  ja; wo? \_\_\_\_\_  
Größe? \_\_\_\_\_  
Aussehen? \_\_\_\_\_

15. Sonstige körperliche Behinderung(en): \_\_\_\_\_

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

16. Suchterkrankungen:  nein  Alkohol  Medikamente  
 Sonstiges

17. Frei von ansteckenden Krankheiten:  ja  
 nein:  MRSA  Hepatitis A/B/C  HIV-positiv  
 TBC  Pilzinfektionen  Sonstiges

18. Gemütszustand:  freundlich  kooperativ  depressiv  aggressiv

19. Geistig-seelische Störungen oder Behinderungen: \_\_\_\_\_

20. Diagnose: \_\_\_\_\_

21. Verordnete Medikamente:/Diät: \_\_\_\_\_

22. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes