

Ärztlicher Fragebogen

- anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme -



Haus am Brunnen
Oberdorfstraße 1
69253 Heiligkreuzsteinach
Tel.: 06220-91542-0
Fax: 06220-91542-29
www.haus-am-brunnen.de

Angaben zur Person			
Name			
Vorname			
Geburtstag			
Ärztliche Diagnose			
Auswirkung der Behinderung			
Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	gelegentlich	häufig	dauernd
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung der			
Sehfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gemütsverfassung, seelische Stimmung			
Psychische Störung, Art			
ansteckende Krankheiten			
TBC- Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Suchtkrankheiten			
Medikamente			
erforderliche Diät, welche			
Bedarf fremder Hilfe	gelegentlich	häufig	dauernd
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen / Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittelbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort	Datum	Stempel, Unterschrift des behandelnden Arztes	