

## 2. ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

### 2.1. Persönliche Daten des Heimwerbers

Vor- und Zuname	
Geburtsdatum	
Wohnadresse – Telefon	
Bezugs-/Kontaktpersonen	
Hausarzt	

### 2.2. Somatischer Status

Schmerzzustände	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche:	
Anfallsleiden	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welches:	
Allergien	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche:	
Zur Zeit verordnete Medikamente:	Zahnersatz:	Sehbehinderung:
	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> voll <input type="radio"/> teil	Brille/Kontaktlinsen:
	<input type="radio"/> Oberkiefer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> Unterkiefer	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### 2.3. Globalbeweglichkeit

Fortbewegung	Aufstehen – Sessel	Aufstehen – Bett
<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> alleine möglich	<input type="radio"/> alleine möglich
<input type="radio"/> selbständig mit Gehhilfe welche:	<input type="radio"/> mit Hilfe	<input type="radio"/> mit Hilfe
<input type="radio"/> mit Personenhilfe oder Rollstuhl	<input type="radio"/> nicht mehr möglich	<input type="radio"/> nicht mehr möglich
<input type="radio"/> bettlägerig		

## 2.4. Ernährungs- und Ausscheidungsfunktionen

Nahrungsaufnahme	Ausscheidungsfunktion
<input type="radio"/> ungestört	<input type="radio"/> ungestört
<input type="radio"/> Nahrung muss vorgeschnitten werden	<input type="radio"/> leicht behindert
<input type="radio"/> Esshilfe notwendig (eingegeben)	<input type="radio"/> Fremdhilfe nötig
<input type="radio"/> Diät (welche)	
<input type="radio"/> künstl. Ernährung (Sonde)	<input type="radio"/> Harninkontinenz
welche:	<input type="radio"/> Stuhlinkontinenz
Sondennahrung:	
seit wann:	<input type="radio"/> Dauerkatheter <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Menge:	<input type="radio"/> Künstlicher Darmausgang

## 2.5. Störungen von Intellekt, Antrieb und geistiger Leistung

Örtl. u. zeitl. Orientierung	Nachtruhe	Kommunikationsfähigkeit
<input type="radio"/> voll orientiert	<input type="radio"/> ruhig	<input type="radio"/> ungestört
<input type="radio"/> leicht desorientiert	<input type="radio"/> leichte Schlafstörung	<input type="radio"/> eingeschränkt
<input type="radio"/> wechselnde Verwirrtheit	<input type="radio"/> zeitweise Unruhe	<input type="radio"/> nicht möglich
<input type="radio"/> völliger Selbständigkeitsverlust bei deutlicher Demenz	<input type="radio"/> dauernde Unruhe bei nächtl. Verwirrtheit	<input type="radio"/> schwerhörig Hörgerät <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Erregungszustände		
<input type="radio"/> depressive Phasen		

## 2.6. Pflegeeinstufung

<b>Der Heimbewohner ist:</b>	
<input type="radio"/> nicht pflegebedürftig	Voraussichtliche Pflegestufe:
<input type="radio"/> teilweise pflegebedürftig	Nach Bundes- bzw. Landespflegekriterien
<input type="radio"/> ist voll pflegebedürftig	

....., am .....

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z.B. Teilnehmer/Innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.