



Caritasverband  
Wuppertal/Solingen e.V.

# Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Benötigt der/die  
Patient/in Hilfe beim

Ist der/die Patient/in

	Nein	Gele- gent- lich	Dau- ernd		nein	Gele- gent- lich	Dau- ernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnose

Seelische Verfassung

Diät oder Schonkost?  
(wenn ja, Art)

Suchtabhängigkeiten

Körperliche Behinderungen

Bemerkung

Ansteckende Krankheiten

Ja	nein	wenn ja, welche _____	FREI VON TBC	JA	NEIN
Allergien					

Ja	nein	wenn ja, welche _____	FREI VON MRSA	JA	NEIN
----	------	-----------------------	---------------	----	------

Verordnete Medikamente

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes