Bitte zurücksenden an	Eingangsvermerke des Heims
Evangelische Altenhilfe Much/Seelscheid **Gemeinnützige GmbH** **Am Grasgarten 20** **53819 Neunkirchen-Seelscheid** Telefon: 02247 / 7010 Fax: 02247 / 701-499	AZ:

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname des/der Aufzunehmenden		**Geburts-datum:**	

Diagnose und Befund (möglichst deutsche Bezeichnungen verwenden):

☐ Größe_____cm ☐ Gewicht _____Kg

☐ Diabetes mellitus	☐ Glaukom	☐ Herzschrittmacher	☐ Dekubitus	☐ Sondennahrung

☐ bösartige Erkrankungen:_____

☐ Allergien: _____

Bestehen ansteckende Krankheiten/Infektionserkrankungen (einschl. Tbc, MRSA, HIV)?

☐ nein	☐ ja, folgende:

Besteht eine Suchterkrankung?

☐ nein	☐ ja, folgende:

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist eine Diät/Schonkost erforderlich?

☐ nein	☐ ja, folgende:

Liegt Inkontinenz vor?

☐ nein	☐ Harninkontinenz	☐ Stuhlinkontinenz	
	Wenn ja, in welcher Form?		
	☐ *Stressinkontinenz*	☐ *Dranginkontinenz*	☐ *Reflexinkontinenz*	☐ *Überlaufinkontinenz*	☐ *extraurethrale Inkontinenz*

Bestehen funktionelle Einbußen im körperlichen Bereich?

☐ nein	☐ ja, folgende:

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

• Gehen	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
• Waschen	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
• Duschen, Baden	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
• Flüssigkeitsaufnahme	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
• Essen	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
• Zubettgehen und/oder Aufstehen	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
• Verrichten hauswirtschaftlichen Tätigkeiten	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
Ist der/die Patient/in bettlägerig?	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd

Bestehen Seh-, Hör-, und/oder Sprachstörungen?

☐ nein	☐ ja, folgende:

Bestehen funktionelle Einbußen im geistig/seelischen Bereich?

☐ nein ☐ Depressionen ☐ Antriebsarmut ☐ Desorientierung ☐ motorische Unruhe ☐ Aggressivität ☐ Weglauftendenzen

	☐ sonstige:

Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
Ist der/die Patient/in örtlich desorientiert?	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
Ist der/die Patient/in persönlich desorientiert?	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
Ist der/die Patient/in situativ desorientiert?	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd
Treten nachts Unruhezustände auf?	☐ nein	☐ gelegentlich	☐ häufig	☐ dauernd

Wird die Einrichtung einer Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes für erforderlich gehalten?

☐ nein	☐ ja, weil:

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

_____

_____

_____

_____

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes
Ort / Datum……	