

 Haus Steinachtal

Adam-Remmele-Str. 3

69250 Schönau-Altneudorf

Tel 06228 – 8789

Fax 06228 – 2184

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

-anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme-

Vor-und Zuname _____

Geburtstag _____

Ärztliche Diagnose

Auswirkungen der Behinderung:

Gefähigkeit		O NEIN	O JA
Treppensteigen möglich		O NEIN	O JA
	gelegentl.	Häufig	dauernd
bettlägerig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zeitlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlichdesorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einschränkung der Sehfähigkeit	JA	NEIN
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gemütsverfassung / seel. Stimmung

psychische Störung/Art _____

ansteckende Krankheiten/welche _____

Tbc - Erkrankung

Ja

Nein

Suchtkrankheiten _____

Medikamente

Erforderliche Diät/welche _____

Bedarf fremder Hilfe

	gelegentl.	häufig	dauernd
Essen und Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen / Baden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehen / Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zubettgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hilfsmittelbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift