

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in ein Alten- u. Pflegeheim des Sozialhilfeverbandes  
Freistadt

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen X, ggf. **im verschlossenen Umschlag** zur Weiterleitung mitgeben.

---

1. Vor- und Zuname:

---

2. Anschrift:

---

3. Geburtsdatum bzw. Sozialversicherungsnummer:

---

4. Örtliche orientiert  ja  nein  teilweise
5. Zeitlich orientiert  ja  nein  teilweise
6. Situativ orientiert  ja  nein  teilweise
7. Nachts ruhig  ja  nein
8. Gehfähigkeit  ja  nein
9. Stuhlinkontinenz  ja  nein  Stoma
10. Harninkontinenz  ja  nein  Dauerkatheter
11. Fremder Hilfe bedürftig?  beim Essen  beim Waschen  
 beim Ankleiden  beim Frisieren, Rasieren  
 beim Aufstehen aus dem Bett  
 beim Lagern zur Nachtruhe  
 beim Benutzen der Toilette
12. Spezielle Diät  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
13. Suchtkrankheit  nein  Alkohol  
 Nikotin  
 Medikamente  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
14. Ansteckende Krankheiten (TBC, Aids, Hepatitis C, MRSA)
- 

15. Allergien  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

16. Stürze in der Vergangenheit  nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

17. Bestehende Therapie  nein  Logotherapie  
 Ergotherapie  
 Physiotherapie  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

18. Ärztliche Diagnosen

---

---

---

19. Aktuelle Medikamentenliste zum Zeitpunkt der Heimaufnahme

---

---

---

20. Injektionen nötig  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

21. Tetanusimpfung:  nein  ja wann?

22. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

---

---

---

23. Gefahrenprognose hinsichtlich einer Freiheitsbeschränkung

---

---

---

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes