



## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß  
und kreuzen Sie zutreffende Angaben an.

Seniorenpflegeheim Asternhof  
Am Frauenberg 10 a/b · D-99755 Ellrich  
☎ 03 63 32 7 21-10 · Fax 03 63 32 7 21-29  
✉ asternhof@seniorenwerk.de  
www.seniorenwerk.de

### Persönliche Daten

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort

### Hilfsbedürftigkeit

Benötigt Hilfe beim	nein	gelegentl.	häufig	dauernd		nein	gelegentl.	häufig	dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An-/Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Auffälliges Verhalten

Orientierung	<input type="radio"/> zeitlich orientiert	<input type="radio"/> örtlich orientiert	<input type="radio"/> persönlich orientiert	<input type="radio"/> situativ orientiert
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Liegt Bettlägerigkeit vor?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		

### Inkontinenz

Art der Inkontinenz	Stress bedingt	Drang bedingt	Reflex bedingt	Überlauf bedingt	extraurethral
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Seelische Verfassung

Wie ist die Gemütsstimmung?

### Suchtkrankheiten

Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja (Welche?)
----------------------------	----------------------------	------------------------------------

### Körperliche Behinderungen

Bestehen körperliche Behinderungen?

nein

ja (Welche?)

### Psychische Störungen

Bestehen psychische Störungen?

nein

ja (Welche?)

### Ansteckende Krankheiten

Bestehen ansteckende Krankheiten?

nein

ja (Welche?)

### Diagnose

Beschreibung.

### Vorgeschichte und bisheriger Verlauf

Beschreibung.

### Medikamente

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

### Ernährung

Ist Diätkost erforderlich?

nein

ja (Welche?)

Ist Schonkost erforderlich?

nein

ja (Welche?)

### Weitere Hinweise

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes