

## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Anlässlich einer Anmeldung zur Heimaufnahme im Altenheim Haus Agape e.V. Jahnstrasse 80, in 70771 Leinfelden/Stetten, Tel.: 07 11/ 78 23 920, beantworten Sie bitte alle Fragen und kreuzen zutreffendes an. Sie können den Fragebogen in einem verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

2. Geburtstag: \_\_\_\_\_ Größe in cm: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

- |                                 |                                 |  |                                    |                                   |
|---------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| 3. Bewegungsfähigkeit:          | normal <input type="checkbox"/> | eingeschränkt <input type="checkbox"/> | Lähmungen                          | <input type="checkbox"/>          |
| Treppensteigen:                 | gut <input type="checkbox"/>    | beschwerlich <input type="checkbox"/>  | mit Hilfe <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/>     |
| Versteifungen:                  | nein <input type="checkbox"/>   | ja, welche: _____                      |                                    |                                   |
| Bettlägrigkeit:                 | nein <input type="checkbox"/>   | selten <input type="checkbox"/>        | häufig <input type="checkbox"/>    | ständig <input type="checkbox"/>  |
| 4. Sehfähigkeit:                | normal <input type="checkbox"/> | eingeschränkt <input type="checkbox"/> | blind <input type="checkbox"/>     | Brille <input type="checkbox"/>   |
| 5. Hörfähigkeit:                | normal <input type="checkbox"/> | eingeschränkt <input type="checkbox"/> | taub <input type="checkbox"/>      | Hörhilfe <input type="checkbox"/> |
| 6. Beherrschung des Stuhlgangs: | ja <input type="checkbox"/>     | häufig <input type="checkbox"/>        | selten <input type="checkbox"/>    | nein <input type="checkbox"/>     |
| Beherrschung des Urinabgangs:   | ja <input type="checkbox"/>     | häufig <input type="checkbox"/>        | selten <input type="checkbox"/>    | nein <input type="checkbox"/>     |

- |                             |   |  |                                      |                                      |
|-----------------------------|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 7. Fremde Hilfe nötig beim: | Essen <input type="checkbox"/>                  | Ankleiden <input type="checkbox"/>           | Frisieren <input type="checkbox"/>   |                                      |
|                             | Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> | Lagern zur Bettruhe <input type="checkbox"/> | Waschen <input type="checkbox"/>     |                                      |
|                             | Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/>  |  |                                      |                                      |
| 8. Orientierung:            | zeitlich:                                       | ja <input type="checkbox"/>                  | nein <input type="checkbox"/>        | nicht immer <input type="checkbox"/> |
|                             | örtlich:  | ja <input type="checkbox"/>                  | nein <input type="checkbox"/>        | nicht immer <input type="checkbox"/> |
|                             | Personen:                                       | ja <input type="checkbox"/>                  | nein <input type="checkbox"/>        | nicht immer <input type="checkbox"/> |
| 9. Unruhe:                  | tagsüber:                                       | ja <input type="checkbox"/>                  | nein <input type="checkbox"/>        | nicht immer <input type="checkbox"/> |
|                             | Nachts:   | ja <input type="checkbox"/>                  | nein <input type="checkbox"/>        | nicht immer <input type="checkbox"/> |
|                             | Ausdruck der Unruhe:                            | motorisch <input type="checkbox"/>           | Wandertrieb <input type="checkbox"/> | verbal <input type="checkbox"/>      |

10. Besteht eine Geisteskrankheit: ja  nein
- Wenn ja: Verfolgungsideen: \_\_\_\_\_
- Verarmungsideen: \_\_\_\_\_

  hypochondrisch: \_\_\_\_\_

  Sonstiges: \_\_\_\_\_

11. Bedarf Er/Sie der psychiatrischen Behandlung: nein  ja
- Ist eine geschlossene Abteilung nötig: nein  ja

**12. Gemütsstimmung:**

kooperativ: \_\_\_\_\_

freundlich: \_\_\_\_\_

depressiv: \_\_\_\_\_

suizidgefährdet: \_\_\_\_\_

aggressiv: ja  verbal  nein  tätlich

sonstiges

Drogenkonsum: Alkohol: ja  nein  Abusus

Rauchen: ja  nein  Abusus

sonstige: \_\_\_\_\_

Ist der Aufzunehmende gemeinschaftsfähig: ja  nein

Wird die Pflegebedürftigkeit bejaht: ja  nein

Diagnosen (Beginn, Verlauf, heutiger Zustand): \_\_\_\_\_

Körperliche Gebrechen/Behinderungen: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Ansteckende Krankheiten: nein  ja / welche: \_\_\_\_\_

Ansteckungsfähige Tuberkulose (§48a BseuchG): nein  ja

Letzter Krankenhausaufenthalt: wann \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_

Unfälle (Zeit und Art ): \_\_\_\_\_

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_

Anschrift des Hausarztes mit Telefon: \_\_\_\_\_

Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes