

Pauly-Stiftung
 Alten- u. Pflegeheim
 Weberstr. 9
 47798 Krefeld

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme			
Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen x, ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben			
1. Vor- und Zuname			
2. Geburtstag			
3. Ist der Pat. gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist Pat. häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
	<input type="checkbox"/> b. Aufstehen a.d.Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> b Benutzen d Toilette	<input type="checkbox"/> bei	
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> vertrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
15. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Körperliche Behinderung(en) - Art -			
17. Geistig.-seelische Behinderung oder Störung - Art -			
18. Diagnose			
19. Ist der Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?			
Thoraxaufnahme nach BSG § 48a unbedingt erforderlich			
Datum der Aufnahme:		Befund:	
20. Hinweise und Bemerkungen des Arztes			

den

Stempel und Unterschrift des Arztes _____