

**Oberlausitz Pflegeheim &  
Kurzeitpflege gGmbH**

Belmsdorfer Straße 43 01877 Bischofswerda  
Tel.: 03594 759-0 Fax: 03594 759-111

Eingangsvermerke

Aktenzeichen/Kunden-Nr.  
ID - 722 -  
Version 007/08.2021

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Familienname, Vorname (n) (ggf. auch den Geburtsnamen)			
2. Geburtsdatum			
3. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Beherrschung d. Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung d. 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"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei	<input type="text"/>
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Zur Situation orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
14. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
15. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
16. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="text"/>
17. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	<input type="text"/>
18. Körperliche Behinderung(en)? - Art -	<input type="text"/>		
19. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art -	<input type="text"/>		

