

**Ärztlicher Fragebogen**

Stationäre Altenpflege

Altenwerk Marthashofen gGmbH  
 Marthashofen 2  
 82284 Grafrath

[www.altenwerk.marthashofen.de](http://www.altenwerk.marthashofen.de)  
 info@marthashofen.de  
 Fon 08144/ 99 85 - 0  
 Fax 08144/ 99 85 - 16

Dieser ärztliche Fragebogen muss vorgelegt werden, sobald die Heimaufnahme terminiert ist bzw. der Einzug abzusehen ist.

**Aufzunehmende/r:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Benötigt der/ die Patient/in Hilfe beim**

Gehen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Treppen steigen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Essen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Waschen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Ankleiden:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Frisieren/Rasieren:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Aufstehen (Bett):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Benutzen der Toilette:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

**Liegt/ liegen vor:**

Demenz:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> beginnend	<input type="checkbox"/> fortgeschritten
Zeitliche Desorientierung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
Örtliche Desorientierung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
Desorientierung zur Person:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
Situative Desorientierung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
Unruhezustände nachts:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd
Weglauftenden:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, willentlich	<input type="checkbox"/> ja, auf Grund einer Desorientierung
Aggressives Verhalten:	<input type="checkbox"/> gegenüber Personal	<input type="checkbox"/> gegenüber Mitbewohnern	<input type="checkbox"/> unbekannt
Ansteckende Krankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche: _____
Suchtkrankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche: _____
Inkontinenz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erforderliche Diät:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche: _____
Geschäftsfähigkeit:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unbekannt

Ärztliche Diagnosen: \_\_\_\_\_

**Derzeit behandelnder Arzt/ Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Stempel und Unterschrift des Arztes