

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname

Geburtsname

Geburtsdatum

Anschrift

**Käte-Reichert-Heim**

Wiesentalstraße 56  
90419 Nürnberg

Tel. 0911/39372-0  
Fax 0911/3937222

E-Mail:  
kaete-reichert-heim@awo-nbg.de  
www.awo-nuernberg.de

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist der/die Patient/in

	Ja	Nein
zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhestände auf?

Ja      Nein

    

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig

Ja      Nein

    

6. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz , Harninkontinenz

Ja      Nein

    

(wenn ja, in welcher Form)

Streßinkontinenz    Dranginkontinenz    Reflexinkontinenz    Überlaufinkontinenz    Extrauerthaleinkontinenz

                                                                                      

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

8. Besteht eine Sucht-Krankheit? (wenn ja, welche?)

9. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art?)

---

10. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen)

---

11. Diagnose/n

---

---

---

---

---

12. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

---

---

---

13. Bestehen Lebensmittelunverträglichkeiten?

nein  ja

---

---

14. Ist Diät/Schonkost/Sondenkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

---

---

15. Hinweise, Bemerkungen

---

---

Dieses Gutachten beruht auf  
einer persönlichen Untersuchung  
der aufzunehmenden Person.

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes