

**ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN**

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

<b>Name</b>	<b>Geburtsname</b>	
<b>Vorname</b>	<b>Familienstand</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>	
<b>Krankenkasse</b>	<b>Vers.-Nr. :</b>	
<b>Behandelnder Arzt</b>		
<b>Diagnosen</b>		
<b>Medikamente</b>		
<b>Hilfsmittel</b>		
<b>Krankheiten Unfälle</b>		

**Bitte zweite Seite beachten und unbedingt ausfüllen !**

# Informationssammlung (ATL's) für umseitigen Patienten:

Bitte alle Fragen ankreuzen !

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geb. Dat.)

## Kommunizieren

Hören  ohne Einschränkungen  
 schwerhörig  
 taub  
 Hörgerät  
 rechts  links

Sehen  ohne Einschränkungen  
 sehbehindert  
 Brille  
 Blind  
 rechts  links

Sprache  eingeschränkt  
 Sprachfehler  
 Stumm

## Mobilisation

selbstständig  bettlägerig  Lagerung  
Treppensteigen möglich  ja  nein  mit Hilfe

## Vital-Funktionen

orientiert  desorientiert  
 örtlich  zeitlich  
 persönlich  situativ

## Essen+Trinken

selbstständig  unter Aufsicht  Anreichen  
 Normalkost  Schonkost  Diabetiker  
 Zahnersatz  oben  unten

## Kleiden

selbstständig  Hilfe bei \_\_\_\_\_

## Waschen

selbstständig  mit Hilfe  beim Baden/Duschen  
 Mundpflege  Haarpflege

## Ausscheidungen

selbstständig  Urininkontinenz  Stuhlinkontinenz  
 zeitweise  dauernd  Katheter

## Ruhen

Normaler Schlaf  Einschl. Störungen  Durchschl. Störungen

## Besuche Patienten auch nach Aufnahme im Heim:

Ja

Nein

## Sonstiges:

Es besteht kein Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose !

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Arztes)