

**AWO-Seniorencentrum
Am Stadtpark
Reutlinger Str. 10
78054 VS-Schwenningen**

**Tel.: 07720/8306-0
Fax.:07720/8306-704**

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung einer Heimaufnahme

Vor- und Zuname: Geburtsname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Körpergröße: cm Gewicht: kg

Diagnosen: bitte ausfüllen

Welche **Medikamente** müssen verabreicht werden? (Bitte **Dosierung** angeben!)

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	bei Bedarf
1.					
2.					
3.					
4.					
...					

Befindet sich der Patient derzeit in **therapeutischer Behandlung** (z.B. KG, Ergotherapie, Logopädie)? Nein Ja Art:

Ist **Diät/Schonkost** erforderlich? Nein Ja Art:

Sind **Nahrungsunverträglichkeiten / Nahrungallergien** bekannt? Nein Ja Art:

Sind **Hilfsmittel** erforderlich? Nein Ja Art:

Hat der Patient/die Patientin einen **Herzschrittmacher**?

 Nein Ja Art:

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Immer
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"/>
An- und Auskleiden	<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/zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern im Bett	<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"/>

Ist der/die Patient/in :

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Immer
zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harninkontinent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist die sonstige Verfassung?

	Nein	Ja,
Besteht eine Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art:
Liegen psych. Störungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art:
Bestehen körperl. Behinderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art:
Besteht Verdacht auf ansteckungs- fähige Lungentuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art: (gem. § 34,4 IfSG)
Bestehen ansteckende Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art:
Multiresistente Keime vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art:
Sind Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Art:
Besteht eine Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Sturzgefährdung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impfstatus?

	Nein	Ja,
Covid Impfung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Datum 1. / 2. und 3. Impfung		_____
genesen	<input type="checkbox"/>	Ja, <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Datum positiver PCR-Test		_____

Hinweise/Bemerkungen:

, den
(Stempel und Unterschrift des Arztes)