



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Name:	Vorname:	Geb.- datum:
-------	----------	--------------

Straße/Hausnummer:
PLZ/Ort:

Unterstützung erforderlich beim:

	ja	nein	teilweise
Waschen			
An-/Auskleiden			
Essen/Trinken			
Gehen			
Treppensteigen			
Frisieren/Rasieren			
Aufstehen/Zu Bett gehen			
Benutzen der Toilette			
Darm-/Blasenentleerung			

Besteht:

Urininkontinenz	Stuhlinkontinenz
-----------------	------------------

Ist der Patient:

	ja	nein	teilweise
Zeitlich orientiert			
Örtlich orientiert			
Zur Person orientiert			
Situativ orientiert			
Besteht Aufsichtsbedürftigkeit			

Gemütsstimmung

Willig	Verdrießlich
Freundlich	Gereizt

Gefährliche Eigenschaften

Nein: ja, welche:

Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
Gartenstraße 14
99894 Friedrichroda
Tel.: 03623/31980
Fax: 03623/3198111



Suchtkrankheit

Nein: ja, welche:

Diagnosen:

Körperliche Behinderungen:

Geistig/seelische Behinderungen:

Zusätze (z.B. ansteckende Krankheiten):

Medikamente/Dosierung:

Sonstige ärztliche Verordnungen:

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Erstellt am:	Überarbeitet am:06.03.2009	Freigegeben am:06.03.2009	Version: II
Erstellt von:	Überarbeitet von: HL	Freigegeben von: HL	Seite 2/2