

AWO-Sozialdienst Rostock gemeinnützige GmbH  
 "Alternative Wohnnoase"  
 Rügener Str. 1  
 18107 Rostock  
 Tel.: 0381/712049; Fax: 0381/7696697

Eingangsvermerke des Heimes:

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name, Geburtsname: \_\_\_\_\_
2. Vornamen: \_\_\_\_\_
3. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
4. Pflegegrad: \_\_\_\_\_
5. kann (sich) der Patient: \_\_\_\_\_

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	häufig eingeschränkt	dauerhaft eingeschränkt
gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufstehen aus dem Bett / zu Bett gehen	<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"/>
trinken	<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"/>
die Toilette benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ist der Patient:

	ja	gelegentlich	häufig	nein
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<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"/>
weglaufgefährdet (besteht eine Hinlauftendenz)	<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"/>

7. Liegt Inkontinenz vor:

	ja	gelegentlich	häufig	nein
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

\_\_\_\_\_

9. Verhaltensauffälligkeiten

a. Eigengefährdung:  nein  ja, welche?

\_\_\_\_\_

b. Fremdgefährdung:  nein  ja, welche?

\_\_\_\_\_

10. Suchtkrankheit  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

