



Fragebogen ist vom Hausarzt oder bei Dieser Krankenhausaufenthalt vom behandelnden Arzt auszufüllen und dient ausschließlich für den Zweck der Heimaufnahme.

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

für die Aufnahme in das Christliche Altenheim
„Friedenshort“

Familien- und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Ärztliche Diagnosen, Vorerkrankungen, bzw. Operationen:

.....

.....

Derzeit eingenommene Medikamente:

Bezeichnung	früh	mittags	abends	nachts

siehe beiliegende Medikamentenliste

Verständigung:

- schwerhörig
 taub
 Hörgerät (R. u/od. L)
 nicht beeinträchtigt
 Aphasie
 Visuseinschränkung
 Brillenträger
 nicht beeinträchtigt

Kostform-Diät:

- Normalkost
 feste Nahrung
 Breikost
 Schonkost
 Diät: _____
 Sondennahrung

Angaben zum Allgemeinzustand:

Orientierung:

zeitlich

- ja
- nein
- nicht immer

örtlich

- ja
- nein
- nicht immer

zur Person

- ja
- nein
- nicht immer

Weglauftendenz

- ja
- nein

Nächtliche Desorientiertheit

- ja
- nein

Besteht eine freiheitsbeschränkende Maßnahme im Sinne des Heimaufenthalts-
gesetzes (HeimAufG): ja nein

.....
.....

Liegt eine ernstliche und erhebliche Eigen-/Fremdgefährdung vor? ja nein
Gefährdungspotenzial beschreiben (Prognose zu gegenwärtigem Zustandsbild und Entwicklung)

.....
.....

Sonstiges			
<input type="checkbox"/>	Antikoagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stoma	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Suchtkrankheiten		<input type="checkbox"/>
	Alkohol	<input type="checkbox"/>	
	Medikamente	<input type="checkbox"/>	
	Nikotin	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>

**Gründe der Heimunterbringung
aus ärztlicher Sicht:**

Unterschriftsleistung des Antragstellers/der Antragstellerin ist **nicht möglich**, weil:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes