



## Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Nachname:	Geburtstag:
Adresse:	
<b>A. Untersuchungsbefund:</b>	
1) Körperlicher Befund: (z.B. Fähigkeiten der Arme und Beine, Sehfähigkeit etc.)	
2) Geistig-seelischer Befund:(z.B. Orientierung, Gemütsverfassung, geistige Behinderungen etc.)	
3) Krankheitsbezeichnung (Diagnose)	
4) Liegt ein Befund bezüglich MRSA (Methicillinresistenter Staphylococcus Aureus-Stämme) vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5) Bisherige medikamentöse Behandlung:	
<b>B. Heimnotwendigkeit</b>	
1) Ist die untersuchte Person infolge von Krankheit, Behinderung oder Leiden so hilflos, dass sie nicht ohne Wartung und Pflege bleiben kann? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Hilfe ist erforderlich beim <input type="checkbox"/> 1. Bettenmachen <input type="checkbox"/> 2. Zimmerreinigen <input type="checkbox"/> 3. Stehen und Gehen <input type="checkbox"/> 4. An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> 5. Verrichten der Notdurft <input type="checkbox"/> 6. Aufstehen/ Hinlegen <input type="checkbox"/> 7. Essen <input type="checkbox"/> 8. Waschen <input type="checkbox"/> 9. Sitzen Bedarf diese Person der Bewahrung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Bewahrung ist erforderlich wegen:	



2) Wäre die erforderliche Hilfe auch außerhalb einer Einrichtung möglich und ausreichend, so dass sie in der jetzt vertrauten Umgebung durchgeführt werden könnte?

Ja  Nein

Wenn ja, welcher Hilfe bedarf sie?

- Putzen durchschnittl. wöchentl. .... Stunden
- Kochen (z.B. auch „Essen auf Rädern“)
- Sonstige Küchenarbeiten
- Besorgungen
- Erledigung von Schreibearbeiten
- Wäsche waschen
- Pflege an der Person durchschnittl. wöchentl. .... Stunden

Welcher Art von B 1 Nr. 4-8?

### C. Notwendigkeit der Heimversorgung

1) Welche der unter A 3 aufgeführten Krankheiten erfordern überwiegend die Heimaufnahme?

2) Ist die untersuchte Person bettlägerig?

Ja  Nein

Wenn ja, wegen welcher Krankheit?

3) Bedarf sie der psychiatrischen Behandlung?

Ja  Nein

4) Bestehen Suchten?

Ja  Alkohol  Drogen  Medikamente  Nein

5) Bestehen Allergien?

Ja  gegen Medikamente  Ernährungsbedingt  Nein

6) Sonstige für die Heimbetreuung wichtige Fragen:

Ist die untersuchte Person

für sich oder für andere gefährlich?

anstößig?

verwahrlost?

Besteht Stuhl und Harninkontinenz?

ansteckend?

Verlust des Orientierungsvermögens?

Anfallshäufigkeit?

Diät ernährung wegen.....

7) Prognose:

8) Sonstige Bemerkungen:

.....  
Ort und Datum

Stempel:

.....  
Unterschrift des Arztes