



AWO-Haus Auernheim
 Schustergasse 9
 91757 Treuchtlingen-Auernheim
 Tel.: 09142-96689-0
 Fax: 09142-96689-30
 Mail: heim.auernheim@awo-mfrs.de

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Vor- und Zuname			
2. Geburtstag			
3. Ist der Klient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Liegt eine Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Ist Unterstützungsbedarf nötig	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> bei der Körperpflege	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei _____	
8. Liegt der Klient viel im Bett?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Ist der Klient Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
10. Ist der Klient Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Hält der Klient die Nachtruhe ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Liegen gefährliche Eigenschaften vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
13. Liegt eine Suchterkrankung vor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Liegt eine körperliche Behinderungen vor?			
15. Sind Hilfsmittel nötig?			
Brille:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Kontaktlinsen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gehörapparat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rollstuhl: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rollator:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gehstock: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnprothese:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Prothesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Geistig, seelische Behinderung oder Störung -Art-			
17. Diagnosen:			

Bearbeitet von	Freigabe (EL)	Erstelldatum	Revision	Seite
Fr. Eyrisch-Pfizinger	Fr. Eyrisch-Pfizinger (08.10.2021)	Feb. 2011	1.0	Seite 1 von 2

18. Diätkost:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. Regelmäßige Medikamente sind ärztlich angeordnet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche?		
20. Die Einnahme der Medikamente erfolgt selbständig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21. Der Klient nimmt die Medikamente regelmäßig ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22. Ist der Klient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? § 48a		
23. Hat der Klient den vollen Impfschutz der COVID-19 Impfung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat der Klient bereits die 1. Impfung erhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:		
Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Eingradung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein wenn ja, welcher Pflegegrad: _____
Liegen sonstige Einschränkungen vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>		
<p>_____</p> <p>Stempel und Unterschrift des Arztes</p>		

Bearbeitet von	Freigabe (EL)	Erstelldatum	Revision	Seite
Fr. Eyrisch-Pfizinger	Fr. Eyrisch-Pfizinger (08.10.2021)	Feb. 2011	1.0	Seite 2 von 2