



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 Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ist Patient ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei	
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
14. Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Körperliche Behinderungen?-Art-			
16. 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
Laufgestelle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gehstock:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gebiß oben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gebiß unten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prothesen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
17. Geistig, seelische Behinderung oder Störung -Art-			
18. Diagnose:			
19. Regelmäßige Medikamente:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Welche?			
20. Einnahme selbständig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
21. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? § 48a			
22. Diätkost:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			
Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist der Patient in der -offenen Altenpflege - versorgbar?			
Ort, Datum		Stempel und Unterschrift des Arztes	