



Anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Benötigt der/die Patient/-in Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<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"/>
Aufstehen (Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzung Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positionswechsel (Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankleiden	<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"/>					

Ist der/die Patient/-in desorientiert?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?

Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/-in bettlägerig?

Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wenn ja	<input type="checkbox"/> Stressink.	<input type="checkbox"/> Drangink.	<input type="checkbox"/> Reflexink.	<input type="checkbox"/> Überlaufink.	<input type="checkbox"/> extraurethral

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

.....

Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche?)

.....

Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welche?)

.....

Liegen psychische Verhaltensauffälligkeiten vor? (wenn ja, welche?)

.....

.....

Bearbeitet	Geprüft	Freigabe	Seite
LWR	MLW	BLR	Seite 1 von 2

Ärztlicher Fragebogen



Geltungsbereich: Wohnbereich 1-8

Version: 02/11.06.2025

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? Liegt ein ärztl. Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?

.....

Diagnosen:

.....

.....

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?.....

.....

.....

Ist Diät /Schonkost erforderlich? (Wenn ja, welche?).....

.....

Hinweise, Bemerkungen:

.....

.....

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes

Bearbeitet	Geprüft	Freigabe	Seite
LWR	MLW	BLR	Seite 2 von 2