

Braun'sche Stiftung

Rechtsfähige und öffentliche Stiftung des bürgerlichen Rechts

Am Deutschordensplatz 8

76761 Rülzheim

Tel.: 07272/9285-0

Fax: 07272/9285-16

Eingangsvermerk:



Ärztlicher Fragebogen

Für die Anmeldung zum Heimeinzug

(Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. ankreuzen)

1. Zu- und Vorname:

2. Geburtsdatum:

3. Anschrift:

4. Gehfähig?

ja nein teilweise

5. Bettlägerig?

ja nein teilweise

6. Besteht Urininkontinenz?

ja nein zeitweise

7. Besteht Stuhlinkontinenz?

ja nein zeitweise

8. Besteht örtliche Orientierung?

ja nein zeitweise

9. Besteht zeitliche Orientierung?

ja nein zeitweise

10. Besteht pers.-bezogene Orientierung?

ja nein zeitweise

11. Nachts ruhig?

ja nein zeitweise

12. Suizidgefahr?

ja nein

13. Bestehen Suchtkrankheiten?

nein ja, welche?.....

14. Ist der/die Patient(in) frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?

ja nein, welche?.....

15. Bestehen körperliche Behinderungen?

ja nein, welche?.....

16. Bestehen geistige / seelische Behinderungen oder Störungen?

nein ja, welche?.....

17. Wird Hilfe, Teilhilfe oder Anleitung benötigt beim:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett? | <input type="checkbox"/> Einnehmen von Arznei? |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden? | <input type="checkbox"/> Ordnen der persönlichen Dinge? |
| <input type="checkbox"/> Waschen? | <input type="checkbox"/> Betten machen? |
| <input type="checkbox"/> Baden/Duschen? | <input type="checkbox"/> Gehen? |
| <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren? | <input type="checkbox"/> Treppensteigen? |
| <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette? | <input type="checkbox"/> Anlegen von Körperersatzstücken? |
| <input type="checkbox"/> Lagern zur Nachtruhe? | <input type="checkbox"/> Gebrauch von orthopäd. Hilfsmitteln? |
| <input type="checkbox"/> Essen und Trinken? | <input type="checkbox"/> |

18. Diagnosen:

.....
.....
.....
.....

19. Welche Kostformen / Diäten sind erforderlich?

.....
.....
.....
.....

20. Welche Behandlungspflege ist erforderlich?

.....
.....
.....
.....

21. Welche Arzneimittel werden regelmäßig eingenommen?

.....
.....
.....
.....

22.

Gewicht

Körpergröße

23. Bemerkungen/Besonderheiten

.....
.....
.....
.....

....., den

Ort

Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes