



**Alten- und Pflegeheim
Betriebs GmbH
Stefan Mayer & Alois Reif**

Daten zur Heimaufnahme

Geltungsbereich:
**Marinushof/Valentinshof
Verwaltung
Chiemseestraße 11,83125 Eggstätt
Tel. 08056/90 55 122
Fax: 08056/9055 155**

8.1.2 Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Patient ist gehfähig ja nein

Patient ist häufig bettlägerig ja nein Ständig bettlägerig? ja nein

Beherrschung des Urinabgangs ja nein Beherrschung des Stuhlabgangs? ja nein

Hilfe wird benötigt benötigt

<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	<input type="checkbox"/> beim Baden/Duschen
<input type="checkbox"/> beim Frisieren	<input type="checkbox"/> beim Rasieren	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden/Auskleiden
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	
<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim _____	

Sind Hilfsmittel vorhanden nein ja Welche? _____

Orientierung

örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
persönlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer

Patient ist nachts ruhig ja nein nicht immer

Gemütsstimmung freundlich willig verdrießlich

Gefährliche Eigenschaften nein ja Welche?.....

Suchtkrankheit nein ja Welche?.....

Freigabe:	Bearbeiter:	Änderungsstand:	Datum:	Seite:
R. Reicheneder	R. Reicheneder H. Mittendorfer-W.	0	06.06.02	2
Datum: 06.06.02		von 2		



**Alten- und Pflegeheim
Betriebs GmbH
Stefan Mayer & Alois Reif**

Daten zur Heimaufnahme

Geltungsbereich:
**Marinushof/Valentinshof
Verwaltung
Chiemseestraße 11,83125 Eggstätt
Tel.:08056/90 55 122
Fax:08056/90 55 155**

8.1.2 Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

Körperliche Behinderung(en) _____

Geistig-seelische Behinderung oder Störung _____

Diagnose _____

Kurzanamnese _____

Derzeitige Medikation _____

Hinweise / Bemerkungen des Arztes _____

Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten (nach §36 Abs. 4 IfSG) ja nein

Verdacht / Nachweis von MRSA ja nein

....., den.....2016.....

.....

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Freigabe:	Bearbeiter:	Änderungsstand:	Datum:	Seite:
R. Reicheneder	R. Reicheneder H. Mittendorfer-W.	0	06.06.02	1
Datum:				von 2
06.06.02				

