

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Per Fax an: **08323-9627-7700**

Per Mail: seniorenheim.immenstadt@awo-schwaben.de

Oder in Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenzentrum
Immenstadt
Kalvarienbergstraße 84

87509 Immenstadt

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Allgemeines

ja nein

Ist der Patient gehfähig? ja nein

Ist der Patient bettlägerig? ja nein

Beherrschung des Stuhlganges? ja nein

Beherrschung des Urinabganges? ja nein

Ist fremde Hilfe nötig?

- beim Essen? ja nein

- beim Waschen? ja nein

- beim Ankleiden? ja nein

- beim Aufstehen aus dem Bett? ja nein

- bei Lagerung zur Nachtruhe? ja nein

- beim Benutzen der Toilette? ja nein

- bei _____ ja nein

Gemütsstimmung? _____

Selbst-oder Fremdgefährdung? ja nein

Hinlauffähigkeit? ja nein

Suchtkrankheit? ja nein

Welche? _____

Der Patient hat klinisch keine Anhaltspunkte für ansteckende Krankheiten – auch Tbc:
(nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Körperliche Behinderungen

Art _____

Geistig-seelische Behinderung

(§§39,100/1 Nr.1 BSHG, Art.7/1 AGBSHG)

Art: _____

Diagnosen

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

Stempel, Unterschrift des Arztes

Ort, Datum _____