



Fritz- Rupprecht – Heim  
90768 Fürth/ Burgfarnbach  
Graf- Pückler- Limpurg- Str. 77

Telefon 0911 / 8910 - 5000  
Telefax 0911 / 8910 - 5007

Wohnstift-Käthe- Loewenthal  
90768 Fürth/ Burgfarnbach  
Schloßhof 25

Telefon 0911 / 8910 - 6000  
Telefax 0911 / 8910 - 6007

### Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme  
(vom Arzt auszufüllen)

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen, umgehend weiterleiten.

**Vor- und Zuname:**.....

**Geburtsdatum:**.....

#### Pflegen und Kleiden:

- Ist selbständig
- Ist bei Verwendung von Hilfsmitteln selbständig
- Ist auf Hilfe angewiesen

#### Ausscheiden:

- Ist selbständig
- Ist bei Verwendung von Hilfsmitteln selbständig
- Ist auf Hilfe angewiesen
- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Blasenkatheterträger       Stomaträger

#### Ernähren:

- Ist selbständig      **Kostform:**.....
- Nahrung muss mundgerecht zubereitet werden      **BE:**.....
- Ist vollständig auf Hilfe angewiesen
- PEG- Sonden- Ernährung (Menge/ welche?.....ml)

#### Bewegen:

- Ist selbständig
- Ist bei Verwendung von Hilfsmitteln selbständig
- Braucht ständig personelle Unterstützung
- Gelenkaktivität, reduziert
- Kontrakturen       Lähmungen
- Dekubitusgefährdet       Dekubitus / Grad.....

**Orientierungsvermögen:**

- Örtlich       ja       zeitweise       nein
- Zeitlich     ja       zeitweise       nein
- Zur Person  ja       zeitweise       nein
- Situativ     ja       zeitweise       nein

**Sprache und Sprechvermögen:**

(Einschränkungen, Störungen, Sprachgewohnheiten)

.....

.....

.....

**Weglauftendenz:**     Bewegungsdrang?       Sturzgefährdung?

**Besteht eine Suchtkrankheit?**       ja  nein    Wenn ja, welche?.....

**Bestehen ansteckende Krankheiten?**     ja  nein    Wenn ja, welche?     Hepatitis     MRSA     TBC     HIV    sonstige:.....

**Bestehen Allergien?**       ja  nein    Wenn ja, welche?.....

**Diagnosen:**

.....

.....

.....

**Welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden?**

Präparat	früh	mittags	abends	nachts

Präparat	früh	mittags	abends	nachts

**Besondere Hinweise und Bemerkungen des Arztes:**

.....

.....

.....

**Ort, Datum:.....Stempel und Unterschrift des Arztes:.....**