



Oskar-Saier-Haus

Seniorenzentrum Kirchzarten

Albert-Schweitzer-Str. 5, 79199 Kirchzarten

Fon 07661 391-0, Fax 07661 391-113

## Ärztlicher Fragebogen – Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname: Städle Stefanie
2. Adresse: 79114 Freiburg - Moosmattstr. 5
3. Geburtsdatum: 7.4.16
4. Ist der Patient gehfähig? ☐ ja ☐ nein ☒ mit Hilfe
5. Treppensteigen möglich? ☐ ja ☐ nein ☒ mit Hilfe
6. Ist der Patient bettlägerig? ☐ ja ☒ nein ☐ zeitweise
7. Beherrschung des Darms ☒ ja ☐ nein ☒ zeitweise
8. Beherrschung des Urinabgangs ☐ ja ☐ nein ☒ zeitweise
9. Fremde Hilfe notwendig? ☐ beim Essen ☐ beim Waschen  
☐ beim Ankleiden ☐ beim Frisieren/Rasieren  
☐ beim Ausstehen aus dem Bett ☐ beim Lagern zur Nachtruhe  
☐ beim Benutzen der Toilette ☐ bei .....
10. Örtlich orientiert? ☐ ja ☒ nein ☐ zeitweise
11. Zeitlich orientiert? ☐ ja ☒ nein ☐ zeitweise
12. Nächtliche Unruhe? ☒ ja ☐ nein ☐ zeitweise
13. Weglauftendenz? ☐ ja ☐ nein ☒ zeitweise
14. Gemütsstimmung traurig
15. Verhaltensauffälligkeiten? Eigengefährdung ☐ nein ☐ ja, welche.....  
Fremdgefährdung ☐ nein ☐ ja, welche.....
16. Suchtkrankheiten? ☒ nein ☐ ja, welche.....
17. Körperliche Behinderungen - Art - Gehbehindert  
Demenz
18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art -

19. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten auch im Bezug auf das Infektionsschutzgesetz § 36 Abs. 4

(Bitte genaue Bezeichnung)

TBC: ☒ ja ☐ nein

Scabies: ☒ ja ☐ nein

MRSA: ☒ ja ☐ nein

ORSA: ☒ ja ☐ nein

Dauerausscheider:

☐ ja ☐ nein

20. Allergien

☒ nein

☐ ja, welche.....

21. Unverträglichkeiten

☒ nein

☐ ja, welche.....

22. Diagnosen

Diagnosen  
DM Typ II  
SD - Herz-Thai

23. Derzeitige Medikation

ASS 300  
L Thyroxin 100

24. Diät/Schonkost  
erforderlich?

☒ nein

☐ ja, welche.....

25. Hinweise und Bemerkungen  
des Arztes

Freiburg, 16.8.16

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

