

## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Ergänzende Anlage zur Anmeldung für das Marienstift.  
Fragebogen bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort, Straße: \_\_\_\_\_

### Bitte ankreuzen:

1. Benötigt der/die Patient/-in Hilfe beim:	Nie	Selten	Häufig	Immer
Gehen?				
Treppensteigen?				
Essen?				
Waschen?				
Ankleiden?				
Frisieren/ Rasieren?				
Aufstehen (aus dem Bett/ zu Bett gehen)?				
Benutzen der Toilette?				

2. Ist der/die Patient/-in:	Nie	Selten	Häufig	Immer
zeitlich <u>des</u> orientiert?				
örtlich <u>des</u> orientiert?				
persönlich <u>des</u> orientiert?				
situativ <u>des</u> orientiert?				

3. Treten Unruhezustände auf?	Nie	Selten	Häufig	Immer
Wenn ja, wann?				
4. Ist der/die Patient/-in bettlägerig?				
5. Liegt Harninkontinenz vor?				
6. Liegt Stuhlinkontinenz vor?				
7. Ist ein Dauerkatheter erforderlich?				

**8.) Wie ist die Gemütsstimmung? (seelische Verfassung)**

---

**9.) Besteht eine Suchtkrankheit, wenn ja, welche?**

Ja

Nein

---

**10.) Bestehen körperliche Behinderungen/ Einschränkungen (wenn ja, welcher Art)?**

Ja

Nein

---

**11.) Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?**

Ja

Nein

---

**12.) Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC (genau bezeichnen)?**

Ja

Nein

---

**13.) Diagnose**

---

---

**14.1) Welche Medikamente müssen verabreicht werden?**

---

---

**14.2) Richten Sie Ihre Medikamente selbst?**

Ja

Nein

Mit Hilfe

**15.) Ist Diät/ Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?**

Ja

Nein

---

**16.) Liegt ein Pflegegrad vor? (wenn ja, welcher Art)**

Ja  Pflegegrad \_\_\_\_\_

Nein

**Werden Sie bereits von einer Sozialstation gepflegt?**

Ja

Nein

**Erhalten Sie Entlastungsleistungen von der Pflegekasse (125 Euro mtl.)?**

Ja

Nein

**17.) Hinweise, Bemerkungen**

---

---

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

**Einschätzung:**

**Die oben genannte Person kann selbständig in einem Appartement „Wohnen mit Service“ leben.**

**Ich befürworte einen Umzug**

Ja

Nein

---

Ort/ Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes