

## 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 <b>des</b> orientiert?   |     |        |        |       |
| örtlich <b>des</b> orientiert?    |     |        |        |       |
| persönlich <b>des</b> orientiert? |     |        |        |       |
| situativ <b>des</b> 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 (131 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