



An

**Ev. Alten- und Pflegeheim gGmbH**  
**Rosenstraße 4**  
**40882 Ratingen**  
**Tel.: 02102/208-0**  
**Fax: 02102/208-199**

Eingangsvermerk des Heimes

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

---

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

---

2. Benötigt der/die  
Patient/in  
Hilfen beim

Nein      Gelegentlich      Häufig      Dauernd      Nein      Gelegentlich      Häufig      Dauernd

Gehen

Frisieren/Rasieren

Treppensteigen

Aufstehen  
(aus dem Bett)  
zu Bett gehen

Essen

Waschen

Benutzen  
Der Toilette

Ankleiden

---

3. Ist der/die Patient/in  
Zeitlich desorientiert?  
örtlich desorientiert?

persönlich  
desorientiert?

situativ  
desorientiert?

4. Treten nachts  
Unruhezustände auf?  
bettlägerig?

5. Ist der/die  
Patient/in  
bettlägerig?

---

6. Liegt Inkontinenz vor?  
Stuhlinkontinenz  
Harninkontinenz

(wenn ja,  
in welcher Form?)

Streß-  
Inkontinenz

Drang-  
Inkontinenz

Reflex  
Inkontinenz

Überlauf-  
Inkontinenz

extraurethrale  
Inkontinenz

---

7. Wie ist die  
Gemütsstimmung  
(seelische Verfassung)?

---

8. Besteht eine  
Sucht-Krankheit  
(wenn ja, welche)?

---

9. Besteht eine körperliche  
Behinderung  
(wenn ja, welcher Art)?

---

10. Liegen psychische Störungen  
Vor (wenn ja, welcher Art)?

---

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC?  
(bitte genau bezeichnen)

---

12. Diagnose

---

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

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

---

15. Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten  
Beruht auf einer persönlichen Untersuchung  
Der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort  
Datum