



AWO-Haus Auernheim  
 Schustergasse 9  
 91757 Treuchtlingen-Auernheim  
 Tel.: 09142-96689-0  
 Fax: 09142-96689-30  
 Mail: heim.auernheim@awo-mfrs.de

## II.4.1.c Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Vor- und Nachname:				
2. Geburtsdatum:				
3. Ist der Klient gehfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
4. Ist Treppensteigen möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Unterstützung				
5. Liegt eine Inkontinenz vor?				
Stuhlinkontinenz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Harninkontinenz		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ist der Klient Diabetiker? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
7. Ist Unterstützungsbedarf nötig?				
<input type="checkbox"/> beim Essen		<input type="checkbox"/> bei der Körperpflege		
<input type="checkbox"/> beim Ankleiden/ Auskleiden		<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren		
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett		<input type="checkbox"/> zu Bett gehen		
<input type="checkbox"/> Baden/ Duschen		<input type="checkbox"/> beim Gang zur Toilette		
<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette		<input type="checkbox"/> bei _____		
8. Liegt der Klient viel im Bett? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
9. Ist der Klient orientiert?				
Örtlich orientiert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich orientiert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zur Person orientiert		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
10. Hält der Klient die Nachtruhe ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer				
11. Ist der Klient umtriebig/ unruhig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise				
12. Liegen gefährliche Eigenschaften vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?				
13. Liegt eine Suchterkrankung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? Raucher? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
14. Liegt eine körperliche Behinderungen vor?				
15. Sind Hilfsmittel nötig?				
Brille:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Kontaktlinsen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gehörapparat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rollstuhl:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rollator:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gehstock:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnprothese:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Prothesen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

