

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Per Fax an: **08323-9627-7700**

Per Mail: seniorenheim.immenstadt@awo-schwaben.de

Oder in Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorencentrum
Immenstadt
Kalvarienbergstraße 84

87509 Immenstadt

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Allgemeines

ja nein

Ist der Patient gehfähig?

Ist der Patient bettlägerig?

Beherrschung des Stuhlganges?

Beherrschung des Urinabgangs?

Ist fremde Hilfe nötig?

- beim Essen?

- beim Waschen?

- beim Ankleiden?

- beim Aufstehen aus dem Bett?

- bei Lagerung zur Nachtruhe?

- beim Benutzen der Toilette?

- bei _____

Gemütsstimmung? _____

Selbst-oder Fremdgefährdung?

Hinlaufendenz?

Suchtkrankheit?

Welche? _____

Der Patient hat klinisch keine Anhaltspunkte für
ansteckende Krankheiten – auch Tbc:
(nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Körperliche Behinderungen

Art _____

Geistig-seelische Behinderung

(§§39,100/1 Nr.1 BSHG, Art.7/1 AGBSHG)

Art: _____

Diagnosen

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

Stempel, Unterschrift des Arztes

Ort, Datum _____



Bezirksverband
Schwaben e.V.