







Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Roth-Schwabach e.V.

**Wohnstätte Möhren  
mit therapeutischer Werkstatt**

Hermann-Pröll-Straße 6-8  
91757 Treuchtlingen

 (09142) 9676 - 0  
 (09142) 9676 - 17  
 heim.moehren@awo-roth-schwabach.de  
 www.awo-moehren.de

**Ärztlicher Fragebogen** anlässlich der Prüfung der Heimaufnahme

Die mit diesem Bogen erhobenen Daten werden zur Prüfung der Aufnahme des/der Patienten/in in der Einrichtung benötigt.  
Im Falle der Nichtaufnahme werden diese unverzüglich sachgerecht vernichtet!

Vor- und Zuname des Patienten:		Geburtsdatum	
Psychiatrische Diagnose(n) / Suchterkrankung(en):			
Körperliche / Somatische Beeinträchtigungen? (Art)			
Liegt eine geistige Beeinträchtigung vor?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Art und ggf. Grad angeben!)
Fremd- oder selbstgefährdende Eigenschaften?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende
Ist eine geschlossene Unterbringung erforderlich?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende
Mobilität:		Ist der Patient gehfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Treppensteigen möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fremder Hilfe bedürftig?		<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen
<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus Bett	
<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei:	
Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende
Orientierung?		örtlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nein	zeitlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nein
		situativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nein	
Nachts ruhig?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
Folgende Hilfsmittel sind erforderlich / vorhanden			
<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Gehörapparat	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Gebiss oben	<input type="checkbox"/> Gebiss unten	<input type="checkbox"/> sonstiges:
Regel- und Bedarfsmedikamente		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende:
Medikamenteneinnahme:		<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Medikamentengabe durch Personal
		<input type="checkbox"/> inkompliant/verweigernd	<input type="checkbox"/> neigt zu Missbrauch
Besondere Kostform:		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar
Hinweise und Bemerkungen des Arztes (z.B. bes. Auffälligkeiten, Allergien, ...)			
<b>Es wird ärztlicherseits bestätigt, dass der o.g. Patient frei von ansteckenden Krankheiten nach §36 IfSG ist!</b>		<input type="checkbox"/> ja, Nachweis liegt vor! <input type="checkbox"/> nein, folgendes liegt vor _____ <input type="checkbox"/> Nachweis wird noch erbracht (Ohne entsprechenden Nachweis ist eine Aufnahme nicht möglich!)	
Name des ausfüllenden Arztes:		Telefonnummer	

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift des Arztes

**Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.** (Version 0.1)