

Kreisverwaltung Alzey-Worms  
4 - Soziales / Ref. 40  
Ernst-Ludwig-Str. 36  
55232 Alzey

### Ärztlicher Fragebogen

( bitte vom Hausarzt oder Krankenhaus auszufüllen )

Name, Vorname:

geb. am:

- |                                   |  |                                      |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 1. Gehfähig?                      | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        |  |
| 2. Treppensteigen möglich?        | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        |  |
| 3. Ständig bettlägerig?           | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        |  |
| 4. Häufig bettlägerig?            | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        |  |
| 5. Beherrschung des Stuhlabgangs? | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        |  |
| 6. Beherrschung des Urinabgangs?  | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        |  |
| 7. Örtlich orientiert?            | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> nicht immer               |
| 8. Zeitlich orientiert?           | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> nicht immer               |
| 9. Nachts ruhig?                  | <input type="checkbox"/> ja                          | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> nicht immer               |
| 10. 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 dem Bett |                                      | <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe |
|                                   | <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette  |                                      | <input type="checkbox"/> bei .....                 |
| 11. Gemütsstimmung?               | <input type="checkbox"/> willig                      | <input type="checkbox"/> freundlich  | <input type="checkbox"/> verdrießlich              |
| 12. Gefährliche Eigenschaften?    | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja, welche? | _____  |
| 13. Suchtkrankheiten(en)?         | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja, welche? | _____  |
| 14. Körperliche Behinderungen?    | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja, welche? | _____  |
| 15. Geistige/Seelische Störungen? | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja, welche? | _____  |
| 16. Ansteckende Krankheit(en)?    | <input type="checkbox"/> nein                        | <input type="checkbox"/> ja, welche? | _____  |

#### Angaben zur häuslichen Pflege:

17. Sind Verwandte, sonstige nahestehende Personen ( z. B. Nachbarn ) bzw. ein ambulanter Pflegedienst gegen Zahlung eines Pflegegeldes zur Durchführung einer häuslichen Pflege des Hilfeempfängers bereit?

ja

nein

18. Aus welchen Gründen wird die Übernahme von häuslicher Pflege durch Verwandte, sonstige nahestehenden Personen abgelehnt?

\_\_\_\_\_

19. Ist aus ärztlicher Sicht die Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim erforderlich, weil allein die Pflege im häuslichen Bereich nicht mehr ausreicht?

ja

nein

Diagnose und Hinweise:

\_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift des Arztes)