

Per Fax/Mail an: (08823) 93 770-100 oder kontakt@alma-mw.de

1. Vor- und Zuname _____
2. Geburtstag _____
3. Ist der Patient gehfähig ja nein
4. Treppensteigen möglich? ja nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein
6. Ständig bettlägerig? ja nein
7. Beherrschung des Stuhlgangs? ja nein
8. Beherrschung des Urinabgangs? ja nein
9. Fremder Hilfe bedürftig bei...? Essen Waschen
 Ankleiden Benutzen der Toilette
 Aufstehen Lagern zur Nachtruhe
 Frisieren/Rasieren _____
10. Örtlich orientiert? ja nicht immer nein
11. Zeitlich orientiert? ja nicht immer nein
12. Nachts ruhig? ja nicht immer nein
13. Gemütsstimmung? willig verdrießlich freundlich
14. Gefährliche Eigenschaften Ja - welche: nein
15. Suchtkrankheit Ja - welche: nein
16. Körperliche Behinderung(en) – Art – : _____

17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art: _____

18. Diagnose: _____

19. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc gem. § 48a BSeuchG)? ja nein

20. Hinweis und Bemerkungen des Arztes _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes