

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich des Antrages auf Aufnahme in die Sozialtherapeutische Wohnstätte / Außenwohngruppe

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Zutreffendes ankreuzen!

Name, Vorname des Patienten

Geboren am

Weist der Patient Mobilitätseinschränkungen auf? nein  ja  welche?

Weist der Patient Einschränkungen der Sinne auf? nein  ja  welche?

Ist der Patient häufig bettlägerig? ja  nein

Liegt eine Stuhlinkontinenz vor? ja  nein

Liegt eine Harninkontinenz vor? ja  nein

Fremde Hilfe erforderlich beim

Essen  Waschen  Ankleiden  Frisieren/Rasieren  Benutzung der Toilette  Mobilität   
Medikamenteneinnahme  .....  nein

Örtliche Orientierung ist vorhanden ja  nein  nicht immer

Zeitliche Orientierung ist vorhanden ja  nein  nicht immer

Nachts ruhig/ Treten nachts Unruhezustände auf? ja  nein  nicht immer

Wie kann die Gemütsstimmung des Patienten beschrieben werden?

Gefährliche Eigenschaften? nein  ja  welche? .....

Liegt bei dem Patienten eine Suchterkrankung vor? nein  ja  welche? .....

Hat der Patient Suizidgedanken geäußert? nein  ja

Hat der Patient einen Suizidversuch unternommen? nein  ja  wann?.....

Besitzt der Patient Bewältigungsstrategien in Krisensituationen? nein  ja

Liegt eine Schmerzsymptomatik beim Patienten vor? nein  ja  welche?.....

Liegen beim Patienten Allergien oder Unverträglichkeiten vor?

nein  ja  welche?.....

Zeigt der Patient Krankheitseinsicht? nein  ja

Vorrangige Behinderung

- Körperliche
- Geistige
- Psychische

**Körperliche Erkrankungen/Behinderungen (genaue Bezeichnung/Diagnose)**

Eingetreten am:

**Geistige Behinderung (genaue Bezeichnung/Diagnose)**

Eingetreten am :

**Psychische Erkrankung (genaue Bezeichnung/Diagnose, wenn möglich entsprechend ICD-10-GM)**

Eingetreten am :

**Sonstige Störungen oder Beeinträchtigungen**

Geht die Erkrankung/Behinderung auf einen Unfall zurück? ja  nein

Hat der Patient in der Vergangenheit oder aktuell Therapien in Anspruch genommen?

nein  ja  welche? .....

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten? ja  nein  welche? .....

Welche Medikamente werden verabreicht?

Diät/Schonkost erforderlich? nein  ja  welche? .....

Vorgeschlagene Maßnahmen aus ärztlicher Sicht

ambulant (z.B. ambulant betreutes Wohnen)

Tagesstätte

Außenwohngruppe (nachts keine Betreuung)

Wohnstätte (24-h-Betreuung)

.....

Begründung/ Ziele der Maßnahme

Empfohlene Dauer der Maßnahme

Hinweise, Bemerkungen des Arztes

**Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.**

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes