

## Anlage 2

Malteser- Hilfsdienst gGmbH • Alt-Lietzow 33 • 10587 Berlin

Bezirksgeschäftsstelle  
Berlin

### ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN anlässlich der Anmeldung Malteser Betreutes Wohnen St. Paulus, Alt-Lankwitz 31/33, 12247 Berlin

Bitte alle Fragen vollständig und in Druckschrift beantworten und Zutreffendes ankreuzen (X). Ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung

1. Vor- und Zuname

2. Geburtstag

3. Ist PatientIn gehfähig? ja ja, mit Gehhilfe nein  
nein, sitzt im Rollstuhl

4. Ist Treppensteigen möglich? ja nein bedingt

5. Ist PatientIn bettlägerig? ja, ständig ja, häufig nein

6. Hat PatientIn eingeschränkte Körperfunktionen (z.B. Inkontinenz)? nein ja, welche?

7. Ist PatientIn auf fremde Hilfe angewiesen? keine Hilfe notwendig

beim Essen beim Waschen

beim Ankleiden beim Benutzen der Toilette

beim Aufstehen aus dem Bett beim Zubettgehen

8. Ist PatientIn örtlich orientiert? ja nein nicht immer

9. Ist PatientIn zeitlich orientiert? ja nein nicht immer

10. Ist PatientIn nachts ruhig? ja nein nicht immer

11. Wie ist der Gemütszustand? freundlich zugewandt aufgeschlossen  
verschlossen kontaktscheu ängstlich

12. Liegt Selbst- oder Fremdgefährdung vor? nein ja, welche?

13. Liegt eine Suchtkrankheit (bes. Alkohol-/Tablettensucht) vor? nein ja, welche?

14. Liegt eine Sondenernährung vor? nein ja, welche?

15. Liegen körperliche Behinderungen vor? nein ja, welche?

16. Liegt eine geistig-seelische Behinderung oder Störung vor? nein ja, welche?

17. Ist psychiatrische Behandlung notwendig? nein ja, welche?

18. Hat PatientIn ansteckende Krankheiten (auch TBC)? nein ja, welche?

19. Befindet sich PatientIn in einer Pflegestufe? nein ja, welche?

20. Ist Betreutes Wohnen aus medizinischer Sicht geeignet? ja nein

21. Diagnose? (Bitte führen Sie die Krankheitsdiagnosen auf einem gesonderten Blatt auf!)

(Stempel / Unterschrift Arzt)

**Hiermit befreie ich meinen Hausarzt in Bezug auf den med. Fragebogen (Anlage 2) von seiner Schweigepflicht.**

(Datum / Unterschrift MietinteressentIn)

---

**PERSONALBOGEN**

---

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Früherer Beruf: \_\_\_\_\_

(Früherer) Beruf des/r Ehegatten/in: \_\_\_\_\_

Anschrift vor Einzug: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Anschrift von Verwandten und Freunden, die im Notfall zu erreichen sind: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift der Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

---

(Datum / Unterschrift)