

Ärztlicher Fragebogen

Name Vorname

Straße:

PLZ/Wohnort: Geb. am

Anlässlich einer Anmeldung zum Einzug in ein Seniorenheim
Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen X und ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben.

1. Körperlicher Zustand:

Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Besteht Blaseninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Besteht Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Besteht eine starke Sehschwäche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine starke Hörschwäche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Geistige Behinderungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Wenn ja, welche?

Körperliche Behinderungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

2. Pflegebedarf

Benötigt der Patient Hilfe beim:

Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
An- und Auskleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Waschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Frisieren / Rasieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Lagern zur Bettruhe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Benutzung der Toilette?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

3. Geistig – seelischer Zustand

Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Neigung zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Wenn ja, welche?

Suchterkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

Stimmungsschwankungen ja nein gelegentlich

Ärztlicher Fragebogen

4. Empfohlene pflegerische Versorgung

Pflegebereich ja nein
 Beschützende Abteilung ja nein
 Wohnbereich ja nein

5. Hilfsmittel

Gehilfe, ja nein Art:
 Prothesen ja nein Art:
 Sehhilfe ja nein Art:
 Hörgerät ja nein

6. Ernährung

Vollkost ja nein
 Diät ja nein

Wenn ja, welche?

Sondenernährung ja nein
 eine andere Ernährung als genannt ja nein

Wenn ja, welche?

7. Medikamente

Benötigt der Patient Hilfe bei der Verabreichung der Medikamente ja nein

Welche Medikamente sind erforderlich:

<u>Medikamente</u>	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

8. Diagnosen

.....

Bei dem Patienten liegt eine ansteckende Krankheit nach Infektionsschutzgesetz
 vor ja nein Art:

9. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)

.....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes