

Bitte immer an die Verwaltung weiterleiten!!!!



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