

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:

Medikamente	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

8. Diagnosen

.....

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

MRSA ja nein TBC ja nein ESBL ja nein Clostridien ja nein

9. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)

.....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes