

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?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Treppensteigen möglich?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Ist der Patient bettlägerig?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Besteht Blaseninkontinenz?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Besteht Stuhlinkontinenz?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Besteht eine starke Sehschwäche?	☐ ja	☐ nein	
Besteht eine starke Hörschwäche?	☐ ja	☐ nein	
Geistige Behinderungen?	☐ ja	☐ 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?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
An- und Auskleiden?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Waschen?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Frisieren / Rasieren?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Lagern zur Bettruhe?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Benutzung der Toilette?	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich

3. Geistig – seelischer Zustand

Örtlich orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Zeitlich orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Situativ orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Motorische Unruhe	☐ ja	☐ nein	☐ gelegentlich
Neigung zum Weglaufen	☐ ja	☐ nein	
Suizidgefahr	☐ ja	☐ nein	
Demenz	☐ ja	☐ nein	

Wenn ja, welche?

Suchterkrankungen ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Ärztlicher Fragebogen

Stimmungsschwankungen ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

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:.....

9. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)

.....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes