

Ärztlicher Fragebogen

(vom Arzt auszufüllen)


Bewohner/Patient:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

Gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Essen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

2. Liegt bei dem/der Patienten/in folgendes vor:

Immobilität	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Zeitliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Örtliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Persönliche Desorientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Situative Desorientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Nächtliche Unruhezustände	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Suizidgefahr		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

3. Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung
 ja

 nein

4. Liegt bei dem/der Patienten/in Inkontinenz vor:

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Dauerkatheter		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein

Ärztlicher Fragebogen

(vom Arzt auszufüllen)



5. Bestehen körperliche Behinderungen (wenn ja, welche)?

6. Bestehen psychische Störungen (wenn ja, welche)?

7. Bestehen Suchtkrankheiten (wenn ja, welche)?

8. Diagnosen:

9. Künstliche Ernährung (wenn ja, welche Nahrung)?:

ja

nein

PEG-Sonde

Magensonde

10. Aktuelle Medikation

Medikamente:

Dosierung:

Ärztlicher Fragebogen (vom Arzt auszufüllen)



11. Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?

12. Besteht Pflegebedürftigkeit

ja nein

Hinweis Arzt:

Pflegestufe liegt vor: nein ja: 1 2 3 HF _____

13. Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten gem. § 36 Infektionsschutzgesetz

TBC

ja

nein

Ärztliches Zeugnis für eine durchgeführte Untersuchung bezüglich Tuberkulose muss bei Heimaufnahme gem. 36 IfSG vorliegen. Die Kosten für das Zeugnis werden von der Einrichtung nicht übernommen.

14. Hinweise/Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Zur Vorlage bei:

DRK Seniorenenzentrum Henry Dunant gGmbH
Kahlenbergsweg 13
59581 Warstein
Tel.: 02902 – 97 27 0
Fax: 02902 – 97 27 53