

Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zum Einzug
 Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. ankreuzen.

Eingangsvermerk:

Eintritt: _____

Zimmer: _____

Zu- und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____ PLZ: _____ Ort: _____

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Gehfähig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| 2. Bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| 3. Besteht Stuhlinkontinenz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 4. Besteht Urininkontinenz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 5. Besteht örtliche Orientierung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 6. Besteht zeitliche Orientierung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 7. Besteht personenbezogene Orientierung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 8. Nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| 9. Suizidrisiko? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 10. Bestehen Suchtkrankheiten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | _____ |
| 11. Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | _____ |
| 12. Bestehen körperliche Behinderungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | _____ |
| 13. Bestehen geistig-seelische Behinderungen oder Störungen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | _____ |

14. Es wird Hilfe, Teilhilfe oder Anleitung benötigt beim:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> Ordnen der persönlichen Dinge | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> Treppensteigen |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Bettmachen | <input type="checkbox"/> Lagern zur Nachtruhe | <input type="checkbox"/> Anlegen von Körperersatzstücken |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> Gebrauch von orthopädischen Hilfsmitteln |
| <input type="checkbox"/> Einnehmen von Arznei | <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> _____ |

15. Diagnosen: _____

16. Welche Kostformen, Diäten sind erforderlich? _____

17. Welche Arzneimittel werden regelmäßig eingenommen?

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

18. Welche Behandlungspflege ist erforderlich?

Medikament mit Indikation	morgens	mittags	abends	nachts
1.				
2.				
3.				
4.				

19. Welche Medikamente werden bei Bedarf eingenommen?

Medikament mit Indikation	morgens	mittags	abends	nachts
1.				
2.				
3.				
4.				

20. Befreiung von Zuzahlungen? ja nein

21. Bemerkungen? _____

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes