

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

1. Name, Vorname (ggf. Geb.-Name) _____

Geburtsdatum _____

Gewicht _____

Körpergröße _____

2. Benötigt der/ die Patient/ in Hilfe beim

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	___	___	___	___
Treppen steigen	___	___	___	___
Essen	___	___	___	___
Waschen	___	___	___	___
Ankleiden	___	___	___	___
Frisieren/ Rasieren	___	___	___	___
Aufstehen (aus dem Bett)	___	___	___	___
Zu Bett Gehen	___	___	___	___
Benutzen der Toilette	___	___	___	___

3. Ist der/ die Patientin

zeitlich desorientiert _____

persönlich desorientiert _____

situativ desorientiert _____

4. Treten nachts Unruhezustände auf? _____

5. Ist der/ die Patientin bettlägerig? _____

6. Ist der/ die Patientin Rollstuhlfahrer/ in _____

7. Liegt Inkontinenz vor? _____

Stuhlinkontinenz _____

Harninkontinenz _____

Wenn ja, in welcher Form? _____ Stressinkontinenz _____ Dranginkontinenz _____ Reflexinkontinenz _____
 _____ Reflexinkontinenz _____ extraurethrale Inkontinenz

8. Wie ist die Gemütsstimmung _____
 (die seelische Verfassung)? _____

9. Besteht eine Sucht-Krankheit? _____
 (wenn ja: welche) _____

10. Besteht körperliche Behinderung? _____
 (wenn ja: welche Art) _____

11. Liegen psychische Störungen vor ? (wenn ja: welcher Art) _____

12. Bestehen ansteckende Krankheiten (bitte genau Bezeichnen), liegt ein ärztl. Zeugnis nach § 35 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (ansteckende Lungentuberkulose) vor? _____

13. Diagnose _____

14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden? _____

15. Ist Diät/ Schonkost erforderlich? (wenn ja: welcher Art) _____

16. Impfstatus: Tetanus Letzte Impfung: _____
 Herpes Zoster Letzte Impfung: _____
 Gripeschutz Letzte Impfung: _____
 Covid-19 Anzahl Impfungen: _____
 Pneumonie Letzte Impfung: _____

17. Hinweise/ Bemerkungen _____

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort _____

Datum _____

Pflege & Wohnen Barbara, Leninstraße 24, 06772
Gräfenhainichen, OT Zschornowitz Tel: 034953/819000

Stempel und Unterschrift des Arztes