

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 ESBL ja nein Clostridien ja nein

Corona Impfung ja nein Corona Infektion: Wann.....

Wann:.....

Impfstoff:.....

9. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes