

# Seniorenpflege und Wohnen Delitzsch GmbH

Postanschrift: 04509 Delitzsch, L.-Jahn-Str. 13\*Tel.: 034202/3092-0 \* Fax: 034202/3092-29

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben.

1. Name (Familienname, bei Frauen auch Geb.-name)	
2. Vorname	
3. Geburts-Datum:	
4. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Beherrschung des Stuhlabganges?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nacht <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei
11. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zur Situation orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
13. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
14. Zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
15. Nachts ruhig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
16. Gemütsstimmung	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verdrießlich <input type="checkbox"/> _____
17. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
18. Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
19. Raucher	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
20. Apallisches Syndrom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21. Körperliche Behinderung(en) (Art)	
22. Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art)	
23. Angabe zu den Sinnen	Hören <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sehen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sprechen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
24. Diagnosen (auch frühere Krankheiten, Operationen) (Falls vorhanden, Kopien von Arztberichten beifügen)	
25. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (Tbc, MRSA)?	
26. Hinweise und Bemerkungen des Arztes	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes