

Seniorenheim Elbflorenz

Fiedlerstr. 12 • 01307 Dresden
Tel. 0351/440 460 Fax: 0351/440 4699

Ärztlicher Fragebogen (auf Grund der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen (x), ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Zuname, Vorname	
2. Geburtstag	
3. Kann sich der Patient im Bett aufsetzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____ bitte benennen
4. Ist der Patient stehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____ bitte benennen
5. Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____ bitte benennen
6. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Behinderungen?	<input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> Hemiplegie <input type="checkbox"/> Paresen <input type="checkbox"/> Frakturen <input type="checkbox"/> Amputation wenn ja, wo?
10. Beherrschung des Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> Anus praeter
11. Beherrschung des Uringangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> Blasenkatheter
12. Fremder Hilfe bedürftig?	<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 Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei
13. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
14. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
15. Persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
16. Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
17. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
18. Gemütsbestimmung	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verdrießlich <input type="checkbox"/> aggressiv
19. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche ?)
20. Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer

21. Diagnosen _____

22. Diäten (wenn ja, welcher Art /BE) _____

23. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC) ? _____

24. Allergien / Unverträglichkeiten: _____

25. Verordnungen:

26. Hinweise und Bemerkungen des Arztes (z.B. behandelnde Fachärzte, bestehende Infektionen wie MRSA):

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Bitte fügen Sie unbedingt einen aktuellen (ggf. vorläufigen) bzw. den letzten Krankenhausbericht an.

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.