



Ärztlicher Fragebogen

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die stationäre Pflege

Mit diesem Fragebogen helfen Sie dem Pflegebedürftigen einen reibungslosen Übergang in die stationäre Pflege.

1. Vor- und Zuname: _____					Geburtsdatum: _____				
2. Benötigt der / die Patient/in Hilfen beim									
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3. Ist der / die Patient/in zeitlich desorientiert?					4. Treten nachts Unruhezustände auf?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert?					5. Ist der / die Patient/in bettlägerig?				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert?									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
situativ desorientiert?									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6. Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in welcher Form? <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz <input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/> _____									
7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?									
8. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?									
9. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?									

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
A. Wagner/QMB	U. Waldorf/PDL	M. Blinn/RL
01.02.2010	01.02.2010	01.02.2010



Ärztlicher Fragebogen

10. Liegen physische Störungen Vor?
(Wenn ja, welcher Art)?

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC?
(bitte genau bezeichnen)

12. Diagnose

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Medikament	Verabr.form	mgs	mitt	abs	na	
Bedarfsmedikamente:						

14. ist Diät/ Schonkost erforderlich?
(wenn ja, welche Art)?

15. Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

erarbeitet:	überprüft:	freigegeben:
A. Wagner/QMB	U. Waldorf/PDL	M. Blinn/RL
01.02.2010	01.02.2010	01.02.2010