

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Fax Haus Adam Ries: 03733 135-951

Eingangsvermerke

Fax Haus Louise Otto-Peters: 03733 135-500

Vor- und Zuname									
Geburtsdatum									
Benötigt der/die Patient/in									
Hilfen beim Gehen	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<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"/>					
Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besteht eine Weglauf-tendenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigung zu abwehrendem Verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Inkontinenz vor?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd					
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(wenn ja, in welcher Form?)	<input type="checkbox"/> Streiß-inkontinenz		<input type="checkbox"/> Drang-inkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflex-inkontinenz		<input type="checkbox"/> Überlauf-inkontinenz	<input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz		
Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?									
Liegen psychische Störungen vor									
Besteht eine Sucht-Krankheit (Welche?)									
Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?									

Bestehen ansteckende Krankheiten?	<b>Krankheiten:</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3/4 MRGN <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> _____	Wenn ja, Lokalisationen:										
Datum der letzten Tetanusimpfung												
Diagnosen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	<b>Beifügen eines separaten Medikamentenplanes (mit Stempel &amp; Unterschrift) erforderlich.</b> <input type="text"/> <input type="text"/>											
Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)	<input type="text"/> <input type="text"/>											
<b>Besonderheiten:</b>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wunden</td> <td><input type="checkbox"/> Trachealkanüle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dekubitus</td> <td><input type="checkbox"/> Beatmung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PEG</td> <td><input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anus praeter</td> <td><input type="checkbox"/> Port</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dialyse</td> <td>_____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> Dialyse	_____
<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle											
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Beatmung											
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät											
<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Port											
<input type="checkbox"/> Dialyse	_____											
Kooperationspartner:	z.B. SAPV, Gesundheitsdienst, Reha Aktiv etc. <input type="text"/> <input type="text"/>											
Diese Beurteilung beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person <hr/> Ort <hr/> Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes											