

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Fax Haus Adam Ries: 03733/135951

Fax Haus Louise Otto-Peters: 03733/135500

Eingangsvermerke

Vor- und Zuname											
Geburtsdatum											
Benötigt der/die Patient/in											
		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd			Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Hilfen beim 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"/>						
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		<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"/>	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"/>
situativ desorientiert		<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"/> Streßinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?											
Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?											
Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?											

Wohn- und Pflegezentrum Annaberg-Buchholz  
Für Ihr Wohl setzen wir uns ein

Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art?)		
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC Viruserkrankung , MRSA		
Datum der letzten Tetanusimpfung		
Diagnose		
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?		
Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)		
Hinweise, Bemerkungen		
wie z.B.		
Magensonde		
Trachealkanüle		
Beatmung		
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes	
Ort		
Datum		