

Ärztlicher Fragebogen –

bitte Rückgabe an:

BRK Bürgerspital Kulmbach

Spitalgasse 7 + 15, 95326 Kulmbach

Tel. 09221-827650, Fax 09221-827651406

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme am: _____

Vor- und Zuname: _____

geb. _____

Wohnanschrift: _____

Benötigt der / die Patientin Hilfe beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<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"/>
Treppen steigen	<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"/>
Ankleiden	<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"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<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"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/ die Patientin zeitlich orientiert:

Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nächtliche Unruhezustände

Ist der/die Patientin bettlägerig:

Liegt Inkontinenz vor:

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"/>

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung):

Besteht eine Suchtkrankheit:

Besteht körperliche Behinderung:

Liegen physische Störungen vor:

Bestehen ansteckende Krankheiten:

Sonstige Hinweise, Bemerkungen

Diagnosen:

Medikamentenplan:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Kulmbach, Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes