

Ärztlicher Fragebogen

zurück an:

BRK  Kreisverband
Kulmbach

Dr.-Julius-Flierl-Seniorenheim
Lehenweg 3

95352 Marktleugast

Tel.: 09255/809-0

Fax: 09255/809-300

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme am: _____

1. Vor- und Zuname:.....

.....

.....

Geburtsdatum:

2. Benötigt der/die Patient/in 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"/>

3. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert:

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"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig:

6. 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"/>

(wenn ja, in welcher Form?)

Streß- Drang: Reflex: Überlauf extraurethrale
inkontinenz: inkontinenz: inkontinenz: inkontinenz: Inkontinenz:

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung):

.....

.....

8. Besteht eine Suchtkrankheit:

.....

.....

9. Besteht körperliche Behinderung?

.....
.....

10. Liegen physische Störungen vor?

.....
.....

11. Bestehen ansteckende Krankheiten?

.....
.....
.....

12. Diagnose:

.....
.....
.....
.....
.....

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

.....
.....

14. Sonstige Hinweise, Bemerkungen:

.....
.....

Dieses Gutachten beruht sich auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort:

Datum:

Stempel/Unterschrift d. Arztes