

Seniorenheim „Haus Rotmaintal“ – Ärztlicher Beurteilungsbogen

Name: Vorname:

geb.:

Welche Einschränkungen liegen vor:

	Nein	Gelegentlich	Dauernd
<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Persönliche Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zeitliche Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unruhe nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wunde
Lokalisation

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

Wundbehandlung:

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

- Infektionen
- Dekubitus Grad
- Diabetes mellitus

- PEG-Sonde
- Dauerkatheter / Cystofix
- Anus praeter

Hilfsmittel notwendig?

Zahnprothesen Oben Unten Brille

Brille

Hörgerät links rechts

Rollator

Rollstuhl

Gehstützen

Haus Rotmaintal
Rot-Kreuz-Platz 1
95512 Neudrossenfeld

Tel.: 09203/97370-0
Fax: 09203/97370-31
Email: sh-rotmaintal@brk-kulmbach.de

Wird fremde Hilfe benötigt?

ja

nein

Kreisverband Kulmbach

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • beim Essen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • beim Ankleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • beim Waschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • beim Frisieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • beim Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • beim Lagern zur Bettruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Besteht eine Suchterkrankung? (Wenn ja, welche?)

.....

Bestehen körperliche Behinderungen? (Wenn ja, welche?)

.....

Diagnosen:

.....

.....

Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine Demenzerkrankung vor?

Ja Nein

Einnahme der Medikamente selbständig?

Ja Nein

Einnahmekontrolle erforderlich?

Ja Nein

Verabreichen der Medikamente notwendig?

Ja Nein

Liegt eine Trinkmengenbeschränkung vor?

Ja Nein

Wenn ja, wieviel?

Ist Schonkost/Diätkost erforderlich?

Ja Nein

Wenn ja, welche Art?

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arzt

Haus Rotmaintal
Rot-Kreuz-Platz 1
95512 Neudrossenfeld

Tel.: 09203/97370-0
Fax: 09203/97370-31
Email: sh-rotmaintal@brk-kulmbach.de