

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Zur beabsichtigten Anmeldung bei

Senioren- u. Pflegeheim Schmitz
Klopstockstr. 6
76185 Karlsruhe
Telefon: 0721/ 59 72 40
Fax: 0721/ 59 72 411

1. Name, Vorname:

Geburtsname:

.....

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

Selbständiger Haushalt Ja Nein

PLZ, Ort:

Krankenhausaufenthalt vor der Aufnahme Ja Nein

Telefon:/.....

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
Essen	<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"/>

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
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"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist der/die Patient/in

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Selten	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"/>

7. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art – bitte genau bezeichnen)

.....

8. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC, MRSA? (Bitte genau bezeichnen)

MRSA Ja Nein
 Hepatitis Ja Nein

TBC Ja Nein

andere:

9. Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welcher Art)

.....

10. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....

.....

11. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche)

.....

12. Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Morgens Mittags Abends Nachts

.....

.....

.....

.....

.....

14. Ist Diät erforderlich? (Wenn ja, welcher Art)

.....

15. Hinweise und Bemerkungen

.....

Diese ärztliche Bescheinigung beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

.....
Ort

.....
Datum

Alle Angaben werden selbstverständlich
vertraulich behandelt

- Stempel und Unterschrift des Arztes -