

Ärztlicher Fragebogen

(dieser Fragebogen dient der Vorbereitung zur Heimaufnahme. Eine vollständige Beantwortung hilft uns dabei)

1. Name	Vorname		
2. Geburtsdatum			
3. Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
4. Treppen steigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist der Patient bettlägrig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
6. Beherrschung des Darms	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
7. Beherrschung des Urinabgangs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
8. Fremder Hilfe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei der	<input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Duschen <input type="checkbox"/> Baden
		<input type="checkbox"/> bedürftig	<input type="checkbox"/> Mundpflege/Zahnpflege <input type="checkbox"/> Frisieren/rasieren
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei der	<input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> mundger. Zubereitung
			<input type="checkbox"/> Sondenkost
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei der	<input type="checkbox"/> Mobilität <input type="checkbox"/> Aufstehen/zu Bett gehen
			<input type="checkbox"/> Be-/Entkleiden
9. Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
10. Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
11. Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
12. Gemütsstimmung			
13. Gefährliche Eigenschaften	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
14. Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
15. Körperliche Behinderung/en(Art)			
16. geistig-seelische Behinderung oder Störung(Art)			
17. Diagnosen			
18. Diät notwendig? Wenn ja, welche?			
19. Derzeitige Therapien(auch KG, Ergoth.)			
20. Derzeitige Medikation			
21. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten(auch TBC)? oder mit resistenten Keimen infiziert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22. War der Patient bereits Kurzzeitgast in einem Heim?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
23. Trat hierbei Verwirrung mit Weglauftendenz auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
24. Hinweise und Bemerkungen vom Arzt			

,den

Unterschrift des Arztes