

Ärztlicher Fragebogen

als Anlage zur Anmeldung im Seniorenzentrum Haus Abendfrieden

Vor- und Zuname geborene

Geburtsdatum

Konstitution des Patienten/der Patientin

Benötigt der Patient/die Patientin Hilfen beim

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<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"/>
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"/>
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 Patient/die Patientin

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient/die Patientin bettlägerig?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentlich	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"/>

Wenn ja, in welcher Form?

Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>
Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethrale Inkontinenz	<input type="checkbox"/>		

**Gemütsstimmung
Seelische Verfassung**

Besteht eine Sucht-Krankheit?
(wenn ja, welche?)

Besteht körperliche Behinderung?
(wenn ja, welcher Art?)

Liegen psychische Störungen vor?
(wenn ja, welcher Art?)

Bestehen ansteckende Krankheiten, z.B. TBC?
(bitte genau bezeichnen)

	Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--	--

Frei von

ORSA ja nein MRSA ja nein

