

Vollstationäre Pflege   
Kurzzeitpflege   
Tagespflege



Altenzentrum-Sankt-Stephan-Stiftung  
MITEINANDER. FÜR EINANDER.

+++ Bitte frühestens zwei Wochen vor Einzug ausfüllen lassen! +++

Theodor-Heuss-Str. 6-12, 56626 Andernach Tel-Nr. 02632-409-0

## Ärztlicher Fragebogen

Fax-Nr. 02632-409460

1. Zuname / Vorname \_\_\_\_\_

2. Geburtstag \_\_\_\_\_

### 3. Mobilität

Ist die Person gehfähig? Ja  Nein

Ist die Person häufig bettlägerig? Ja  Nein

Ist die Person bettlägerig? Ja  Nein

Besteht eine Sturzgefährdung? Ja  Nein

Werden Hilfsmittel benötigt? Rollstuhl  Rollator  Gehstock

### 4. Wunden/Hilfsmittel

Dekubitus Nein  Ja  Grad\_\_\_\_\_

Wunden Nein  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

### 5. Geistiger Zustand

örtlich Ja  Nein  situativ Ja  Nein

zeitlich Ja  Nein  persönlich Ja  Nein

Liegt eine Non-Compliance vor? Ja  Nein

- nächtliche Unruhen Ja  Nein

- Hinlaufendenz Ja  Nein

- Schreien Ja  Nein

**6. Einstellung zum Einzug/Aufnahme in die Einrichtung**

Positiv gestimmt  kritisch  nimmt Situation hin   
ängstlich  nicht informiert über Einzug/Aufnahme

**7. Kann Sie / Er sich durch Betätigen der Rufanlage bemerkbar machen?**

Ja  Nein

**8. Liegen Suchtkrankheiten vor ?**

Nein  Ja  welche \_\_\_\_\_

**9. Ausscheidungen**

Urininkontinenz Nein  Ja  (bitte Rezept zur Versorgung im Heim ausstellen lassen!)

Stuhlinkontinenz Nein  gelegentlich  Ja

Hilfsmittel ( z.B. Blasenkatheter, Inkontinenzartikel, Toilettenstuhl, etc. )

---

**10. Bitte fügen Sie einen aktuellen Ausdruck der Diagnosen bei.**

**11. Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikationsplan bei, inklusive Anordnung von eventuellen Bedarfsmedikationen, Augentropfen, Salben, Insulinplänen und Wundversorgung. Vielen Dank.**

12. Hinweis und Bemerkung des Arztes \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_ ( Stempel + Unterschrift des Arztes )