

- Heimbereiche
- Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- Nachtpflege

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

Ärztlicher Fragebogen

Fax-Nr. 02632-409460

1. Zuname / Vorname _____

2. Geburtstag _____

3. Ist der Patient gehfähig? Ja Nein

4. Ist der Patient häufig bettlägerig? Ja Nein

5. Ist der Patient ständig bettlägerig? Ja Nein

6. Ausscheidungen

Stuhlgang normal Durchfall

Verstopfung Auswurf

Urininkontinenz Nein gelegentlich Ja

Stuhlinkontinenz Nein gelegentlich Ja

Dekubitus Nein Ja Grad _____

Besonderheiten _____

Hilfsmittel (z.B. Blasenkatheter, Inkontinenzartikel)

7. Fremder Hilfe bedürftig bei:

Ankleiden / Auskleiden Haare waschen

Aufstehen / Zubettgehen Benutzung der Toilette

Baden / Duschen Essen / Trinken

Waschen / Körperpflege Gehen

- Mundpflege - mit Gehhilfen

- Nagelpflege welche ? _____

Frisieren / Rasieren Gebrauch von Rollstuhl

8. Ist der Patient orientiert ?

örtlich Ja Nein situativ Ja Nein

zeitlich Ja Nein personal Ja Nein

Bestehen besondere Aufsichtsbedürftigkeiten ? Ja Nein

z.B. Selbstgefährdung Ja Nein
Fremdgefährdung

Unruhen
- nächtliche Unruhen Ja Nein

- Verlassen des Hauses Ja Nein

- Umtriebigekeit Ja Nein

- Stürzen Ja Nein

- Schreien Ja Nein

Kann Sie / Er sich durch Betätigen der Rufanlage bemerkbar machen ?
Ja Nein

9. Gemütsstimmung

willig freundlich verdrießlich

10. Suchtkrankheit ? Nein Ja welche _____

11. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (TBC und Salmonellose) ?

12. Körperliche Behinderung – Art

13. Geistig seelische Behinderung – Art

14. Diagnose _____

15. Hinweis und Bemerkung des Arztes _____

Ort, Datum _____ (Stempel + Unterschrift des Arztes)