

Diakoniewerk Stargard GmbH

Pflegeeinrichtung Johanneshaus, Carl-Stolte-Straße 4, 17094 Burg Stargard
Tel. 039603 28110, Fax 039603 281114
altenheim_burg_stargard@diakonie-stargard.de

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Vor- und Zuname _____ geborene _____

Geburtsdatum _____

Benötigt der/die Patient/in
Hilfe beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
Treppen steigen	<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"/>
Essen	<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"/>
Waschen	<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"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ist der/die Patient/in

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhe-	<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"/>	zustände auf?				
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in	<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"/>	bettlägrig?				

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?)	<input type="checkbox"/> Stressinkontinenz		<input type="checkbox"/> Dranginkontinen		<input type="checkbox"/> Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz			
	<input type="checkbox"/> extraurethrale Inkontinenz								

Wie ist die Gemütsstimmung _____
(die seelische Verfassung)? _____

Besteht eine Suchtkrankheit _____
(wenn ja, welche)? _____

Besteht körperliche Behin- _____
derung (wenn ja, welcher _____
Art)? _____

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

Bestehen ansteckende _____
Krankheiten wie z.B. TBC? _____
(bitte genau bezeichnen); _____

Liegt ein ärztliches Zeug- _____
nis nach § 36 Abs. 4 Infek- _____
tionsschutzgesetz vor? _____
(ja/nein) _____

Liegen Informationen
Zu Schmerzen vor?
(Schmerzlokalisation,
Schmerzdiagnose)

Diagnose

Welche Medikamente
Müssen verabreicht
werden?

Liegen Informationen zu
MRSA vor?

ja , nämlich _____

Nein

Ist Diät/Schonkost er-
forderlich?
(wenn ja, welcher Art?)

Hinweise; Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum
