Seniorenwohnzentrum
Albert-Schweitzer

curata PFLEGEEINRICHTUNGEN

Ärztlicher Fragebogen

(Anläßlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

1. Vor- und Zuname .....
   Geburtsdatum .....

---

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim ...

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Ankleiden	☐	☐	☐	☐
Frisieren/Rasieren	☐	☐	☐	☐
Aufstehen (Bett)	☐	☐	☐	☐
Zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐
Toilette Benutzen	☐	☐	☐	☐

---

3. Ist der/die Patient/in ...

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert?	☐	☐	☐	☐
örtlich desorientiert?	☐	☐	☐	☐
persönlich desorientiert?	☐	☐	☐	☐
situativ desorientiert?	☐	☐	☐	☐

---

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
☐	☐	☐	☐

---

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
☐	☐	☐	☐

---

6. Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐	☐
Harninkontinenz	☐	☐	☐	☐

Wenn ja, in welcher Form? ☐ Streß-inkontinenz ☐ Drang-inkontinenz ☐ Reflex-inkontinenz ☐ Überlauf-inkontinenz ☐ extraurethrale inkontinenz

---

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)? .....

---

8. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?) .....

---

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

10. Liegen physische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art?) .....

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC (bitte genau bezeichnen) .....

12. Diagnose .....

13. Gewicht des Patienten in kg .....

14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden? .....

15. Ist Diät / Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?) .....

16. Hinweise, Bemerkungen .....

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort .....

Datum .....

Stempel und Unterschrift des Arztes