



## Ärztlicher Fragebogen zum Einzug in die CURATA- Seniorenresidenz Am Burgberg

Wir bedanken uns im Voraus herzlich für die Rückgabe des ausgefüllten Fragebogens.

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte von der Pflicht zur Verschwiegenheit und bin damit einverstanden, dass Diagnosen, Befunde und Medikation an die CURATA- Residenz weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Bewohnerin/ des Bewohners bzw. der Betreuungsperson

### Personalien

Name / Vorname (Rufname bitte unterstreichen) \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Rezeptgebührenbefreiung  Ja  Nein

Diagnosen:

---

---

---

**Frei** von ansteckenden Erkrankungen (z.B. MRE, Tbc)  Ja  Nein → Welche \_\_\_\_\_

Medikamenten-Einnahme (bitte genaue Angabe der Medikamente und Einnahmeverordnung):

---

---

---

---

---

**Ernährung:**

---

---

**Unverträglichkeiten / Allergien / Speisevorschriften:**

---

---

**Gesundheitszustand:**

**Psychischer Zustand**

- ohne Besonderheiten
- desorientiert
  - zeitlich             gelegentlich     häufig             dauernd
  - örtlich              gelegentlich     häufig             dauernd
  - persönlich         gelegentlich     häufig             dauernd
  - situativ             gelegentlich     häufig             dauernd
- Verwirrtheit/ Unruhe
  - gelegentlich     häufig             dauernd
  - eher am Tag     eher nachts
- Apathie/ Antriebslosigkeit
- sonstiges: \_\_\_\_\_

## **Physischer Zustand**

### **Mobilität**

- selbständig     mit Hilfe selbständig     mit Hilfe + pers. Unterstützung     bettlägerig

### **Inkontinenz**

- Urininkontinenz     Stuhlinkontinenz

### **Wunden**

Art und Lokalisation: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Behandlung: \_\_\_\_\_

### **Hilfe ist nötig bei:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden  | <input type="checkbox"/> Treppensteigen        | <input type="checkbox"/> Zubereitung von Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen/ Zubettgehen  | <input type="checkbox"/> Waschen/Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> Zahnpflege                 |
| <input type="checkbox"/> Haarpflege/Rasieren     | <input type="checkbox"/> Nagelpflege           |   |
| <input type="checkbox"/> Einnahme von Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> Benutzung des WC      |   |

### **Vorhandene Hilfsmittel:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Stock            |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl            | <input type="checkbox"/> Rollator         |
| <input type="checkbox"/> Zahn-Prothese        | <input type="checkbox"/> andere Prothese: |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät rechts      | <input type="checkbox"/> Hörgerät links   |
- weitere benötigte Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### **Erforderliche Pflegemaßnahmen:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mobilisation         | <input type="checkbox"/> Anus praeter-Versorgung | <input type="checkbox"/> Einreibungen           |
| <input type="checkbox"/> Verbände/ Wundpflege | <input type="checkbox"/> Injektionen             | <input type="checkbox"/> Medikamentenversorgung |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin