

# Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Emmaus  
Schwandorfer Str. 20, 72221 Haiterbach-Beihingen  
Tel.: 07456 / 9445-0, Fax: 07456 / 9445-100

<b>Vor- und Zuname</b>						
<b>Geburtsdatum</b>						
<b>Pflegegrad</b> (wurde eine Einstufung vorgenommen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> Nein					
<b>Diagnose(n)</b>						
<b>Bestehen ansteckende Krankheiten wie TBC, HIV, Hepatitis etc. oder liegt eine Besiedlung durch MRE vor? (bitte genaue Bezeichnung)</b>						
<b>Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</b>						
<b>Künstliche Ernährung?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> PEG Sonde	<input type="checkbox"/> Nasen-sonde		
<b>Ist Diät / Schonkost erforderlich?</b> (wenn ja, welcher Art)						

<b>Benötigt der / die Patient/in Hilfe beim:</b>				
Gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Essen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>			
<b>Ist der / die Patient/in:</b>				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>Bei Vorliegen einer Demenz bitte Mini Mental Status (MMSE) erheben. Punktezahl:</b>				
<b>Treten nachts Unruhezustände auf?</b>				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>Ist der / die Patient/in bettlägerig?</b>				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
<b>Liegt Inkontinenz vor?</b>				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig	<input type="checkbox"/> Dauernd
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Weitere Hinweise, Bemerkungen</b>				
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person		Stempel und Unterschrift des Arztes		
Ort:				
Datum:				