Formular

PFLEGEEINRICHTUNG
IN DEN BRUNNENWIESEN

Ärztlicher Fragebogen
(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

1. Vor- und Zuname:
   _____
2. Geburtsdatum:_____
3. Ist der Patient gehfähig? ( ) ja ( ) nein
4. Treppensteigen möglich ? ( ) ja ( ) nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig? ( ) ja ( ) nein
6. Ständig bettlägerig? ( ) ja ( ) nein
7. Beherrschung des Stuhlgangs? ( ) ja ( ) nein
8. Beherrschung des Urinabgangs ( ) ja ( ) nein
9. Fremder Hilfe bedürftig? ( ) beim Essen ( ) beim Waschen
   ( ) beim Ankleiden ( ) beim Frisieren/Rasieren)
   ( ) beim Aufstehen ( ) beim Lagern zur Nachtruhe
   ( ) aus dem Bett ( ) beim Benutzen der Toilette
10. Örtlich orientiert? ( ) ja ( ) nein ( ) nicht immer
11. Zeitlich orientiert? ( ) ja ( ) nein ( ) nicht immer
12. Nachts ruhig? ( ) ja ( ) nein ( ) nicht immer
13. Gemütsstimmung? ( ) freundlich/gut ( ) verdrießlich/schlecht
14. Gefährliche Eigenschaften? ( ) nein ( ) ja,
    welche:_____
15. Suchtkrankheit? ( ) nein ( ) ja, welche:_____
16. Hautdefekte nach Wundgrad, Sekretionsgrad, Größe und Alter?

_____
_____

17. Körperliche Behinderung(en)-Art:

_____

18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung-Art:

_____

19. Diagnosen:

_____

20. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?

_____

21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

_____
_____

…….

Ort/Datum Stempel u. Unterschrift des Arztes