

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme / Kurzzeitpflege



Diako Hospitalstiftung zu Altenburg gGmbH |

Hospitalplatz 1, 04600 Altenburg

☎ : 03447 5610, Fax: -561 499

1. Vor- und Zuname: _____ geborene: _____

Geburtsdatum: _____

2. 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 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"/>	Toilettenbenutzung	<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"/>					

3. Ist der/die Patient/in desorientiert?

zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

6. Liegt Inkontinenz vor?

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:

Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extraurethrale Inko.

7. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

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

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

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

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen); Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor? (ja/nein)

