



Ärztlicher Fragebogen

Vor- & Zuname _____ geborene _____

Geburtsdatum _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Pflegegrad: _____

Benötigt der/die Patient(in) Hilfen beim

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
Essen	<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"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<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"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient(in)

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Treten nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der/die Patientin bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
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	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>
Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>
extraurethrale Inkontinenz	<input type="checkbox"/>		

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)? _____

Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche?) _____

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

Privates Senioren- und Pflegeheim Horänder GmbH

Postfach 11 61
Wiesenstr. 13
90610 Winkelhaid
Tel. 09187/41961
Fax. 09187/41779

Verwaltung
Fr. Schneider / Fr. Horänder
<http://www.horaender.de>
pflegeheim@horaender.de



Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art?) _____

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

Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose) _____

Diagnose _____

Welche Medikamente müssen verabreicht werden? _____

Liegen Informationen zu MRSA vor? ja, nämlich: _____

nein _____

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

Hinweise, Bemerkungen _____

CoVid-19 Impf-/Genesenenstatus: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes