

Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in das Altenzentrum St. Veronika

Telefon 07403 9215-0

Fax 07403 9215-5425

E-Mail st-veronika.dun@stiftung-st-franziskus.de

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

1. Ist der Patient gehfähig? ja nein
2. Treppensteigen möglich? ja nein
3. Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein
4. Ständig bettlägerig? ja nein
5. Stuhlinkontinenz? ja nein
6. Harninkontinenz? ja nein
wenn ja, welche Form? _____
7. Ist der Patient zeitlich orientiert? ja nein gelegentlich
8. Ist der Patient örtlich orientiert? ja nein gelegentlich
9. Ist der Patient situativ orientiert? ja nein gelegentlich
10. Neigt der Patient zum Weglaufen? ja nein
11. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (z.B. Tuberkulose) nach §§ 6 und 34 Infektionsschutzgesetz ja nein
Wenn nein, welche Erkrankung liegt vor? _____
12. Benötigt der Patient fremde Hilfe beim (bitte ankreuzen)

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Frisieren/Rasieren				
Aufstehen (aus dem Bett)				
Zu Bett gehen				
Benutzen der Toilette				

13. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

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

15. Besteht eine körperliche Behinderung? (wenn ja, welche Art?)

16. Liegen psychische Auffälligkeiten vor? (wenn ja, welche)

17. Diagnosen: (Diagnosen können gerne als Ausdruck beigefügt werden)

18. Diät erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

19. Medikamente: (Der Medikamentenplan kann gerne als Ausdruck beigefügt werden)

20. Hinweise/Bemerkungen:

.....,

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes