



Seniorencentrum  
St. Barbara



Seniorencentrum  
Haus Heimberg



Seniorencentrum  
St. Hannah

# Ärztlicher Fragebogen

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdag: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
<b>Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim ... Gehen?</b>				
... Treppensteigen				
... Essen				
... Waschen				
... Ankleiden				
... Frisieren/Rasieren				
... Aufstehen (aus dem Bett)				
... zu Bett Gehen				
... Benutzen der Toilette				
<b>Ist der/die Patient/in ... zeitlich desorientiert?</b>				
... örtlich desorientiert				
... persönlich desorientiert				
... situativ desorientiert				
... bettlägerig				
<b>Treten nachts Unruhezustände auf?</b>				
<b>Liegt Inkontinenz vor?</b>				
Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				
wenn ja, in Form von:				

Stress-/Belastungsinkontinenz

Dranginkontinenz

Mischinkontinenz

unkatégorisierbare Harninkontinenz

extraurethrale Inkontinenz

Inkontinenz bei chron. Harnretention



Seniorencentrum  
St. Barbara



Seniorencentrum  
Haus Heimberg



Seniorencentrum  
St. Hannah

### Besteht eine körperliche Behinderung?

- nein
- ja, in Form von: \_\_\_\_\_

### Bestehen ansteckende Krankheiten? (bitte genau bezeichnen)

- MRSA       HIV       Hepatitis       VRE       TBC
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Diagnosen (bitte in Blockschrift):

\_\_\_\_\_  ausführliches Diagnoseblatt mit Arztunterschrift liegt bei

### Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

\_\_\_\_\_  aktueller Medikamentenplan mit Arztunterschrift liegt bei

### Ist Diät-/ Schonkost erforderlich? (wenn ja, bitte Körpergröße \_\_\_\_\_ cm und Gewicht \_\_\_\_\_ kg angeben)

- nein
- ja, in Form von: \_\_\_\_\_

### Insulinpflichtige\*r Diabetiker\*in?      ja      nein

### Allergien?      ja, gegen: \_\_\_\_\_      nein

Weitere Hinweise (Bypass, Herzschrittmacher ... ): \_\_\_\_\_

Covid-19 Impfung?     ja       nein      Datum der letzten Impfung \_\_\_\_\_  
 Impfstoff \_\_\_\_\_

Hinlauftendenz / Weglauftendenz?     ja       nein

Diese Informationen beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort , Datum \_\_\_\_\_ Stempel + Unterschrift \_\_\_\_\_