

Haus der Generationen Hallertau, Ziegelstr 11, 85283 Wolnzach

Tel:08442/92420; Fax: 08442/924242; E-Mail: info@hdg-hallertau.de

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

| | | | | |
|--|--------------------------|---|---|--------------------------|
| 1. Vor-/Nachname, Geburtsname Geburtsdatum: | | | | |
| 2. Benötigt der Patient / die Patientin Hilfe beim | | | | |
| | Nein | Gelegentlich | Häufig | Dauernd |
| Gehen: | <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"/> |
| Körperpflege: | <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"/> |
| Frisieren/Rasieren: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inkontinenz: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen/zu Bett gehen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| | | Örtlich desorientiert: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Situativ orientiert: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Zeitlich desorientiert : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Treten Nachts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Unruhezustände auf? | | |
| | | Ist der Patient/die Patientin bettlägerig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (genau bezeichnen) | | | | |
| MRSA: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | | | |
| Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)? | | | Neigt Er/Sie zu aggressivem Verhalten: | |
| | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Liegen psychische Störungen vor (Wenn ja, welche, eventuell Fixierungen) | | | Weglaufgefährdet: | |
| <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Bett <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> beschützend Wohngruppe | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Besteht eine Suchtkrankheit (Wenn ja, welche)? | | | | |
| Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welche)? | | | | |
| Ärztliche Hauptdiagnosen: | | | | |
| Müssen Medikamente verabreicht werden (wenn ja, wie viel und welche Dosis)? | | | | |
| Ist Diät/Schonkost erforderlich: | | | | |
| Hinweise, Bemerkungen z.B. Ulcera | | | | |
| Datum, Unterschrift, Stempel | | | | |