

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Einzug in das DRK Pflegeheim Bad Lobenstein
(vom Hausarzt oder behandelnden Arzt im Krankenhaus auszufüllen)

1. Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen 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"/>
Treppensteigen	<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"/>
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"/>	Benutzen der Toilette	<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...

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hinlaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehbehindert	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schwerhörig	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie ist die seelische Verfassung der/des Patienten/in?

6. Liegt eine Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Harninkontinenz	<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"/>

Wenn ja, in welcher Form?

- Stressinkontinenz
 Dranginkontinenz
 Reflexinkontinenz
 Überlaufinkontinenz
 extraurethrale Inkontinenz

7. Besteht eine Suchterkrankung (wenn ja, welche)? ja nein

8. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welche)? ja nein

9. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welche)? ja nein

10. Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA, Hepatitis)? ja nein

(bitte genau bezeichnen)

11. Diagnose

12. Welche Medikamente müssen verabreicht werden? (Anlage Medikationsplan)

13. Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art?) ja nein

14. Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes