



Ärztlicher Fragebogen

Zur Aufnahme im beschützten Pflegeheim

Seniorenzentrum

D-82515 Wolfratshausen
Tel. 08171 / 43 25 -0
Fax 08171 / 4325-11
E-Mail: info@sz-wor.awo-obb.de

1. Persönliche Angaben:

Vor- und Zuname: Geburtsdatum:

Straße: PLZ: Ort:

2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Anus praeter | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen ist möglich | <input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Häufige Bettlägrigkeit | <input type="checkbox"/> Dauerkatheder | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Lungen-Tbc <input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> aktiv |
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägrigkeit | <input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Dauerausscheider |
| <input type="checkbox"/> Allergie gegen | | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung | |

3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Lähmungen: | re li | Versteifungen | re li | Versteifungen | re li | Amputationen | re li |
| <input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Knie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Finger | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fuß | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oberschenkel | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> | Amputationen | | <input type="checkbox"/> Unterschenkel | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung | | <input type="checkbox"/> Hand /Finger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Arm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fuß | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> Hüfte | | <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Zehen | <input type="checkbox"/> |

4. Orientierungsvermögen und Verhalten:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Orientierungsvermögen | da zw | Verhalten | da zw | Verhalten | da zw |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung örtl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> gemeingefährlich | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desorientierung zeitl. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Suizidgefahr | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Halluzinationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Gemütsstimmungen | da zw |
| | | <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> |

Tests

- | | | | | |
|--|--|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> MMT Wert..... | <input type="checkbox"/> Neigung zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Barthel Index Wert..... | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> verdrießlich | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> DemTect Wert..... | <input type="checkbox"/> selbstgefährdend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> böseartig | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Andere Wert..... | | | | |

5. Behinderungen und Störungen:

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--------------------------|--------------|
| Geistige Behinderung, Art: | <input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung | <input type="checkbox"/> erblindet | <input type="checkbox"/> | re li |
| | <input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung | <input type="checkbox"/> schwerhörig | <input type="checkbox"/> | |
| Körperliche Behinderung, Art: | <input type="checkbox"/> Eingeschr. Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Hörgeräträger | <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> Brillenträger | <input type="checkbox"/> ertaubt | <input type="checkbox"/> | |

6. Suchtabhängigkeit:

- Alkohol Medikament Andere

7. An Hilfsmitteln werden benutzt:

- | | | | | |
|----------------------------------|---|---|-----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stock | <input type="checkbox"/> Gehgestell | <input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Krücken | <input type="checkbox"/> Krankenfahrstuhl | <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> |

8. Fremde Hilfe ist nötig beim:

- | | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Baden | <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> Treppensteigen |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> |

9. Letzte stationäre Behandlung:

- Datum: Ort: Allgemeinkrankenhaus Psychiatrisches Krankenhaus, psychiatr. Abteilung Grund.

10. Diagnose: ICD-10 Gruppe.....

11. Morbilität:

12. Medikation: siehe Beiblatt

12. Ernährung: Vollkost Zuckerdiät Leichte Kost (salzarm) Flüssignahrung

13. Nachweis gemäß § 48a Abs. 2 Bundessteuhen -Gesetz:

- Beim Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende Krankheit vor.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

(Abkürzungen: re = rechts, li = links, da = dauernd, zw = zeitweilig)