

DRK Seniorenzentrum Rüdesheim

 Henry-Dunant Str.2, 55593 Rüdesheim
 Telefon: 0671-79639 0 Telefax: 0671-79639 1059

Ärztlicher Fragebogen

 (alle Angaben werden vertraulich behandelt)

1. Name, Vorname Geburtsdatum
- Straße Telefon
- Postleitzahl und Ort

Pflegegrad:

 0 1 2 3 4 5

2. Angehörige/Kontaktperson

Straße

Postleitzahl und Ort Telefon

3. Lebt der Patient/die Patientin im selbstständigen Haushalt? Ja Nein

4. Wo befindet sich der Patient/die Patientin derzeit?

5. Benötigt der Patient/die Patientin Hilfe beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Bemerkungen
gehen	<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"/>
essen	<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"/>
anmelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auskleiden	<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"/>
aufstehen (aus Bett)	<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"/>
benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ist der Patient/die Patientin

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Bemerkungen
zeitlich orientiert	<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"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Treten nachts Unruhezustände auf

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Bemerkungen

.....

8. Bestehen körperliche Behinderungen (wenn ja, welcher Art)?

.....
.....
.....

9. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC nach § 48 a Bundesseuchengesetz
(bitte genau bezeichnen)

.....
.....
.....

10. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

.....
.....

11. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....
.....

12. Besteht eine Suchterkrankung (wenn ja, welche)?

.....
.....

13. Diagnosen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

15. Wunden

16. Ist Diät/Schonkost erforderlich? (Wenn ja, welcher Art?)

.....
.....

17. Ab wann wird der Einzug gewünscht?

18. Hinweise, Bemerkungen, pflegerische Besonderheiten

.....
.....
.....

**Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.
Ich werde weiterhin die ärztliche Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen übernehmen: ja nein**

Ort

Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes