

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung in eine Wohn-, Pflege- und Betreuungseinrichtung

Vor- und Zuname:	geborene:
Geburtsdatum:	

Benötigt der/die Patient/in Hilfe 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"/>
Treppen steigen	<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in	
-------------------------------	--

Nein Gelegentlich Häufig	Dauernd		Nein Gelegentlich Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?	
-------------------------------	--

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

Harninkontinenz Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extrarethrale Inkontinenz

Wenn ja, in welcher Form? Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extrarethrale Inkontinenz

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?				
Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?				
Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?				
Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?				

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen); Liegt ein ärztl.

Zeugnis nach §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vorr. gemittelt:				
---	--	--	--	--

Diagnose(n) Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	

Liegen Informationen zu MRSA vor? <input type="checkbox"/> ja, nämlich: <input type="checkbox"/> nein Ist Diät/Schonkost erforderlich? (Wenn ja, welcher Art?) Hinweise, Bemerkungen Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person. Ort, Datum: Vor Aufnahme in unsere Einrichtung zurück an: Mustiner Senioren-Pension GmbH, 23911 Mustin, Dorfstraße 7 Fax: 0 45 46 - 89 10 03 Mail: info@-mustiner-seniorenpension.de	

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin