

FB Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Anmeldung)

DRK-Seniorenzentrum Neumühl

Gartenstraße 165

47167 Duisburg

Telefon: 0203 - 41821 0

Stationäre Pflege

1. Vor- und Zuname
 Geburtsdatum
 Anschrift

2. Diagnose

	<u>Nein</u>	<u>Gelegentlich</u>	<u>Dauernd</u>		<u>Nein</u>	<u>Gelegentlich</u>	<u>Dauernd</u>
3. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim:				4. Ist der/die Patient/in			
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	situativ orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Treten nachts			
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ist der/die Patient/in			
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

7. Liegt Inkontinenz vor? ja nein Stuhlinkontinenz Harninkontinenz

8. Wie ist die Gemütsstimmung
 (die seelische Verfassung)?

9. Besteht eine Suchtkrankheit
 (wenn ja, welche)?

10. Besteht körperliche Behinderung

(wenn ja, welcher Art?)

.....

11. Liegen psychische Störungen vor?

(wenn ja, bitte Zusatzfragebogen ausfüllen)

.....

12. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc) ja nein

13. Welche Medikamente werden

verordnet? BTM?

.....

.....

14. Welche Therapien werden verordnet? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Physikalische Therapie

Krankengymnastik med. Bäder Massagen Fango Heißluft

Belastungsstufe leicht mittelschwer schwer

15. Wird Diät verordnet? (bei Diabetes, purinarm, bei Allergien/Unverträglichkeiten)

.....

.....

16. Liegt ein Impf-/ Genesenenstatus vor? ja nein

1. Impfung am: mit:

2. Impfung am: mit:

Genesenennachweis vom:

Erhalt einer weiteren Impfdosis am: mit:

17. Hinweise, Bemerkungen

.....

.....

Diese Angaben beruhen
auf einer persönlichen Untersuchung
der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum