

Ärztlicher Fragebogen

zur beabsichtigten Anmeldung bei

DRK Seniorenpflegeheim
"Albert Schweitzer"
Radeberger Str. 4
01465 Langebrück
Tel.: 035201 7430
Fax: 035201 74330

1. Name, Vorname :
Geburtsdatum :
Strasse, Nummer :
PLZ / Ort :
Telefon :

Selbständiger Haushalt
Krankenhausaufenthalt
vor der Aufnahme

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

	Keine	Selten	Häufig	Dauernd		Keine	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen	☐	☐	☐	☐	Frisieren, Rasieren	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐	Aufstehen (aus dem Bett)	☐	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐	☐	zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐	Benutzen der Toilette	☐	☐	☐	☐
Ankleiden	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐

3. Ist der/die Patient/in

	Keine	Selten	Häufig	Dauernd
zeitlich orientiert	☐	☐	☐	☐
örtlich orientiert	☐	☐	☐	☐
persönlich orientiert	☐	☐	☐	☐
situativ orientiert	☐	☐	☐	☐
weglaufgefährdet	☐	☐	☐	☐

4. Treten nachts

	Keine	Selten	Häufig	Dauernd
Unruhezustände auf	☐	☐	☐	☐

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig

	Keine	Selten	Häufig	Dauernd
	☐	☐	☐	☐

6. Liegt Inkontinenz vor?

	Keine	Selten	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐	☐
Harninkontinenz	☐	☐	☐	☐

7. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art - bitte genau bezeichnen)

.....
.....

8. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (Bitte genau bezeichnen)

Sind MRSA-Erreger nachgewiesen?

.....
.....

9. Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welcher Art)

.....
.....

10. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....
.....

11. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja, welche)

.....

12. Diagnosen:

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

13. Fachärztliche Behandlung (Wenn ja, welche?)

.....
.....

14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

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

Morgens	Mittags	Abends	Nachts
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

15. Ist Diät erforderlich? (Wenn ja, welcher Art)

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

16. Hinweise und Bemerkungen - Pflegegrad

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

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort:
Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes