



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme ins Altenzentrum

1. Vor- und Zuname

Geburtstag

2. Benötigt der / die Patient/in Hilfen beim

	nein	gelegentl.	häufig	dauernd
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"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	gelegentl.	häufig	dauernd
Frisieren / Rasieren	<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"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist der / die Patient/in

	nein	gelegentl.	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"/>
persönl. 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"/>

	nein	gelegentl.	häufig	dauernd
4. Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist der / die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentl.	häufig	dauernd
Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie ist die Gemütsstimmung?

Seelische (Verfassung)

8. Besteht eine Suchtkrankheit?

Wenn ja, welche?

9. Besteht körperliche Behinderung?
Wenn ja, welcher Art?

10. Liegen psychische Störungen vor?
Wenn ja, welche?

11. Bestehen ansteckende Krankheiten?
(z.B. TBC) Bitte genau bezeichnen!

12. Diagnose *(! BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN !)*

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden? *(! BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN !)*

14. Ist Diät / Schönkost erforderlich? Wenn ja, welcher Art?

15. Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.