

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die stationäre Pflege

Mit diesem Fragebogen helfen Sie dem Pflegebedürftigen einen reibungslosen Übergang in die stationäre Pflege.

1. Vor- und Zuname: _____					Geburtsdatum: _____				
2. Benötigt der / die Patient/in Hilfen 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"/>
Treppensteigen	<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"/>					
3. Ist der / die Patient/in zeitlich desorientiert?					4. Treten nachts Unruhezustände auf?				
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
örtlich desorientiert?									
<input type="checkbox"/>									
persönlich desorientiert?					5. Ist der / die Patient/in bettlägerig?				
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>				
situativ desorientiert?									
<input type="checkbox"/>									
6. Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Haminkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in welcher Form? <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz <input type="checkbox"/> Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/> _____									
7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?									
8. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?									
9. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?									

