



Alten- u. Pflegeheim St. Maria
Altenhilfe e. V. Bad Dürkheim

Ärztlicher Fragebogen
für die Heimaufnahme, Kurzzeitpflege, Tagespflege

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, bzw. ankreuzen!

Zu- und Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Straße:

Krankenkasse:

Pflegegrad:

Gehfähig? ja nein teilweise

Bettlägerig? ja nein teilweise

Stuhlinkontinenz? ja nein zeitweise

Urininkontinenz ja nein zeitweise

Örtliche Orientierung? ja nein zeitweise

Zeitliche Orientierung? ja nein zeitweise

Personenbezogene Orientierung? ja nein teilweise

nachts ruhig? ja nein

Suizidgefahr? ja nein

Suchtkrankheiten? nein / welche?

Frei von ansteckenden Krankheiten? ja nein welche?

Tbc: siehe Extrablatt

Körperliche Behinderungen? nein ja, welche?

Geistig-seelische Behinderungen oder Störungen? nein ja, welche?

Diagnosen:
.....
.....
.....
.....

b.w.

Wird **Hilfe, Teilhilfe oder Anleitung** benötigt beim

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Aufstehen aus dem Bett | <input type="radio"/> | Einnehmen von Arznei ? | <input type="radio"/> |
| An - und Auskleiden? | <input type="radio"/> | Ordnen der persönlichen Dinge ? | <input type="radio"/> |
| Waschen ? | <input type="radio"/> | Bettmachen ? | <input type="radio"/> |
| Baden? | <input type="radio"/> | Gehen? | <input type="radio"/> |
| Frisieren /Rasieren ? | <input type="radio"/> | Treppensteigen? | <input type="radio"/> |
| Benutzen der Toilette ? | <input type="radio"/> | Anlegen von Körperersatzstücken | <input type="radio"/> |
| Lagern zur Nachtruhe ? | <input type="radio"/> | Gebrauch von orthopäd. Hilfsmitteln | <input type="radio"/> |
| Essen und Trinken ? | <input type="radio"/> | | |

Welche Kostformen, Diäten sind erforderlich?

Welche Behandlungspflege ist erforderlich?

Welche Arzneimittel werden regelmäßig eingenommen?

(Bitte Medikamentenplan mit Stempel und Unterschrift des Arztes mitgeben)

Wir erbitten ein Blutbild (nicht älter als drei Monate)

Wir erbitten ein Tagesprofil BZ – Werte (nicht älter als 14 Tage)

Besondere Bemerkungen:

Ort:

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes: