

Betreuungszentrum Wasserburg GmbH

Anton-Woger-Str. 1
83512 Wasserburg
Tel. 08071 / 92 66 0
Fax 08071 / 92 66 66

Bezeichnung des Heimes/Stempel

Eingangsvermerk der Einrichtung

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Zu- und Vorname

Geburtsdatum

2. Benötigt der/die

Patient/in

Hilfen

beim

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Gehen

Frisieren/ Rasieren

Treppensteigen

Aufstehen (aus dem Bett)

Essen

Zu Bett gehen

Waschen

Benutzen der Toilette

Ankleiden

3. Ist der/die Patientin zeitlich desorientiert?

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

örtlich desorientiert?

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

persönlich desorientiert?

situativ desorientiert?

6. Weglauftendenz Ja Nein

7. Liegt Inkontinenz Vor? Stuhlinkontinenz

Colostomie Ja Nein

Harninkontinenz

Harnableitendes System DK Pufi

(wenn ja in welcher Form? Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz

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

.....
.....

9. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja welche)?

.....
.....

10. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja welcher Art)?

.....
.....

11. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja welcher Art)?

.....
.....

12. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genaue Bezeichnung)

.....
.....

13. MRE (wenn ja welche)?

.....

14. Diagnosen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Welche
Medikamente
müssen
verabreicht
werden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Ist Diät/
Schonkost
erforderlich?
(wenn ja,
welcher Art)

.....

.....

17. Hinweise,
Bemerkungen

.....

.....

Dieses Gutachten
beruht auf einer persönlichen Untersuchung
der aufzunehmenden Person

Ort
Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes