

Ärztlicher Fragebogen

Altenheim Hensoltshöhe - Am Stadtpark 130 - 90409 Nürnberg

Telefon: 0911 – 9511990

Fax: 0911 – 951199405

Email: altenheim@hensoltshoehe.de

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

Ist/hat Ihr Patient...

gefähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Künstliche Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unverheilte Wunden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche:	_____	

Stimmung

Fremd-/Selbstgefährdung? ja nein wenn ja, welche: _____

Orientierung

nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein

Hilfebedarf

bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
beim An/Auskleiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
beim Essen / Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
beim Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig
beim Lagern zur Nacht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> ständig

Liegt eine

Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: _____
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: _____
geistige / seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: _____
ansteckende Krankheit vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: _____

Geschäftsfähigkeit eingeschränkt? ja nein

Ist die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung erforderlich? ja nein

Wichtige Diagnosen: _____

Hinweise und Bemerkungen: _____

Covid 19 Impfung vorhanden: _____

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes