

# VEREINIGTE HOSPITIEN

Stiftung des öffentlichen Rechts

Altenwohn- und Pflegeheim Helenenhaus



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<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"/>
Waschen	<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	gelegentlich	häufig	dauernd
Frisieren	<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"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in:

	nein	gelegentlich	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"/>
Persönlich 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"/>

Treten nachts Unruhezustände auf? ja  nein

Ist der/die Patient/in bettlägerig? ja  nein

Liegt Inkontinenz vor?   
 Stuhlinkontinenz ja  nein   
 Urininkontinenz ja  nein

Wie ist die Gemütsstimmung, die seelische Verfassung?

---

---

Besteht eine Suchterkrankung? ja  nein

---

---

# VEREINIGTE HOSPITIEN

Stiftung des öffentlichen Rechts

Altenwohn- und Pflegeheim Helenenhaus



Besteht eine körperliche Behinderung?

ja

nein

---

---

Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art?

---

---

Treten Unruhezustände auf? Gibt es Hinlauff Tendenzen?

---

---

Bestehen ansteckende Erkrankungen (z. B. TBC, MRSA)?

---

---

Diagnosen

---

---

---

---

---

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

---

---

---

Ist Diät/Schonkost erforderlich? Wenn ja, welche?:

---

---

Hinweise, Bemerkungen:

---

---

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des/der o. g. Patient/in.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes