



Caritas - Seniorenzentrum St. Leon Rot
 Rathausstr. 3
 68789 St. Leon – Rot
 Tel. 06227-35839-0
 Fax 06227-35839-101

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

1. Zu- und Vorname _____
 Anschrift _____

..Geburtsdatum _____

2. Benötigt der/die Patient/in

Hilfe beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

3. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
örtlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

	ja	nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

	ja	nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Liegt Inkontinenz vor ? Stuhlinkontinenz
 Harninkontinenz

(wenn ja : in welcher Form?)

Stress-inkontinenz	<input type="radio"/>	Drang-inkontinenz	<input type="radio"/>	Reflex-inkontinenz	<input type="radio"/>	Überlauf-inkontinenz	<input type="radio"/>	extraurethrale Inkontinenz	<input type="radio"/>
--------------------	-----------------------	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung) ? _____

8. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche) ? _____

9. Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art)? _____

10. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)? _____

11. Bestehen ansteckende Krankheiten, wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen) _____

12. Diagnose

13.

Körpergröße _____

Gewicht _____

14. Welche

Medikamente
müssen verabreicht
werden?

Dosierung

	morgens	mittags	abends	nachts

15. Ist Diät / Schonkost
erforderlich?

(wenn ja, welcher Art?)

16. Hinweise,
Bemerkungen

Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes

Datum.....