

# Seniorenhaus „Zell „

Seniorenhaus Zell GmbH \* Waldsteinweg 23\* 95239 Zell im Fichtelgebirge\*Tel: 09257/ 944- 0\* Fax: 09257/ 944- 444

## Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in unsere Einrichtung

Vor- und Zuname :

Geburtsdatum:

**Benötigt der/die Patient/in Hilfe bei nachstehenden Aktivitäten des täglichen Lebens? (bitte ankreuzen)**

	Nein	Gelegentlich	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tägl. Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppe steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche weiteren Einschränkungen und Merkmale liegen vor? (bitte ankreuzen)**

	Nein	Gelegentlich	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Dauernd	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Welche Ursache bei Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/>	Stress	<input type="checkbox"/>	Drang	<input type="checkbox"/>	Reflex	<input type="checkbox"/>	Überlauf
Persönl. Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Örtl. Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeitl. Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhezustände tags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weglauftendenz/Umtrieb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhezustände nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zerstörungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verb. Verständigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufsicht am Tag nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufsicht nachts nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Ergänzende Hinweise zur Körperlichen/seelischen Verfassung**

**Besteht eine Suchterkrankung? (wenn ja welche?)**

**Werden Körperersatzstücke, orthop. oder andere Hilfsmittel benötigt? (wenn ja welche?)**

**Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (wenn ja, bitte genau bezeichnen!)**

**Covid 19 - Impfstatus:**  nicht immunisiert  Erstimpfung  Zweitimpfung  Drittimpfung  Viertimpfung

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

# Seniorenhaus „ Zell „

Seniorenhaus Zell GmbH \* Waldsteinweg 23\* 95239 Zell im Fichtelgebirge\*Tel: 09257/ 944- 0\* Fax: 09257/ 944- 444

## Diagnosen:

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Regelmäßige Arztvisite erforderlich?: nein ja wenn ja, Häufigkeit: \_\_\_\_\_

### Es bestehen spezielle ärztliche Verordnungen bzw. werden empfohlen:

Wundbehandlung  Transurethrale Harndrainage  Suprapubische Blasenfistel

Infusionstherapie  Sondenkost/Verabreichungsart: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ergänzende Hinweise: \_\_\_\_\_

### Folgende Therapien sind notwendig:

Krankengymnastik  Schwimmen/Bewegungsbad  Logopädie

Beschäftigungstherapie  Massage  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?  Selbsteinnahme  Verabreichung notwendig

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

Ist Schonkost/Diät erforderlich? nein ja

Wenn ja, welcher Art? (Bei Diabetes-Diät bitte BE und ihre Verteilung angeben): \_\_\_\_\_

Abschließende Hinweise und Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der Person.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

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