

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 Heimaufnahme

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	<input type="checkbox"/>	Extrarethral)	<input type="checkbox"/>
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"/>				
Weglaufftendenz/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!)

Screening (SARS-Cov-2) fand statt am: _____ Befund: _____

Folgende Schutzmaßnahmen (SARS-CoV-2-Infektionsschutz) sind erfolgt: _____

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