

Ärztlicher Fragebogen

Altenwerk Marthashofen gGmbH
Marthashofen 2
82284 Grafrath

Stationäre Altenpflege

www.altenwerk-marthashofen.de

info@marthashofen.de

Fon 08144/ 99 85 - 0

Fax 08144/ 99 85 - 16

Dieser ärztliche Fragebogen muss vorgelegt werden, sobald die Heimaufnahme terminiert ist bzw. der Einzug abzusehen ist.

Aufzunehmende/r:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Benötigt der/ die Patient/in Hilfe beim

Gehen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Treppen steigen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Essen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Waschen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Ankleiden:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Frisieren/Rasieren:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Aufstehen (Bett):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Benutzen der Toilette:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd

Liegt/ liegen vor:

Demenz:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> beginnend	<input type="checkbox"/> fortgeschritten	
Zeitliche Desorientierung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Örtliche Desorientierung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Desorientierung zur Person:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Situative Desorientierung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Unruhezustände nachts:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
Weglauff Tendenz:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, willentlich	<input type="checkbox"/> ja, auf Grund einer Desorientierung	
Aggressives Verhalten:	<input type="checkbox"/> gegenüber Personal	<input type="checkbox"/> gegenüber Mitbewohnern	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Ansteckende Krankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche: _____	
Suchtkrankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche: _____	
Inkontinenz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Medizinisch erforderliche Diät:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche: _____	
Geschäftsfähigkeit:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> unbekannt

SARS-CoV-2	Nein	Ja	Wann?
CoViD19 durchlaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfung: 1. Dosis erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfung: 2. Dosis erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfung: 3. Dosis erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfung: 4. Dosis erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfung: 5. Dosis erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impfung: 6. Dosis erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ärztliche Diagnosen: _____

Derzeit benötigte Medikamente

Medikament

Bitte führen Sie den aktuellen Medikationsplan auf einem gesonderten Blatt auf!

Derzeit behandelnder Arzt/ Hausarzt:

Name: _____ Telefon: _____

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

 Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift des Arztes