



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

per Fax an: 0821 2999777
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenzentrum
Kreuzstr. 3
86368 Gersthofen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Allgemeines

Größe, Gewicht ja nein

Ist der Patient gehfähig? ja nein

Ist der Patient bettlägerig? ja nein

Stuhlinkontinenz? ja nein

Harninkontinenz? ja nein

Unterstützungsbedarf

- bei Essen und Trinken? ja nein

- bei der Körperpflege? ja nein

- beim Ankleiden? ja nein

- im Bereich der Mobilität? ja nein

- beim Benutzen der Toilette/Umgang mit Ausscheidungen? ja nein

- bei ja nein

Ist der Patient örtlich orientiert? ja nein

Ist der Patient zeitlich orientiert? ja nein

Ist der Patient zur Person orientiert? ja nein

Verhaltensauffälligkeiten? ja nein

Welche?

Weglauff Tendenzen? ja nein

Suchtkrankheit? ja nein

Welche?

Wunden ja nein

Welche?

Ansteckende Krankheiten

ja nein

(auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche?

Nicht bekannt ja nein

MRSA

MRGN

Clostridien

Andere ja nein

Spezielle Versorgung

Beatmungspflichtig Sauerstoffgabe

Tracheostoma Port

Dialyse

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?

.....

Diagnosen

.....

.....

.....

.....

Allergien/Unverträglichkeiten ja nein

Welche?

.....

.....

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes

Ort, Datum