



Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

Name: Vorname: Geb.datum:

Diagnosen:

.....

Derzeitige Medikation:

.....

.....

Prothesen:

Körperlicher Zustand:

Gehfähig ja teilweise nein

Treppensteigen möglich ja teilweise nein

Bettlägrig ja teilweise nein

Dekubitus ja nein

Kontrakturen ja nein

Stellen:

Lähmungen:

Harninkontinenz ja teilweise nein

Stuhlinkontinenz ja teilweise nein

Blasenkatheter ja nein

wenn ja dauernd vorübergehend

Magensonde ja nein

welche:

Körperliche Besonderheiten:

.....

Erkrankung nach § 36 Abs 4 (Seuch R Neu G) ja nein

Allergien z.B. Nahrungsmittel, Tiere ja nein

welche:

Sehvermögen: Gehör:

Orientierung: zeitlich: ja teilweise nein
örtlich: ja teilweise nein
personell: ja teilweise nein
situativ: ja teilweise nein

Mot. Unruhe ja nein
Nachts ruhig ja nein
Schlafstörungen ja nein
Weglaufneigung ja nein

Gemütslage:

ausgeglichen ja zeitweise nein
freundlich ja zeitweise nein
aggressiv ja zeitweise nein
mürrisch ja zeitweise nein

Kommunikation: kontaktfreudig zurückgezogen isoliert

Bisherige Hilfe:

Aufstehen, Zubettgehen ja zeitweise nein
An- und Auskleiden ja zeitweise nein
Waschen ja zeitweise nein
Baden ja zeitweise nein
Benützen der Toilette ja zeitweise nein
Essen ja zeitweise nein

Abhängigkeit: Alkohol Medikamente sonstiges

spez. Ernährungsform (ärztl. verordnet):

Allgemeine **Zusammenfassung** des/der Antragstellers/in:
.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes