

FRAGEBOGEN BITTE MIT SCHREIBMASCHINE ODER IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Haus St. Georg
 Alten- und Pflegeheim / Rehabilitation
 Gerhard Blank
 Tannenweg 1 a
 37115 Duderstadt-Nesselröden
 Tel. 05527 / 843-0 Fax. 05527 / 843-105



Az.:

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

| | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| 1. Zuname, Vorname | | | |
| 2. Geburtstag | | | |
| 3. Ist Patient gehfähig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 4. Treppensteigen möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 5. Ist Patient häufig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 6. Ständig bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 7. Beherrschung des Stuhlabgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 8. Beherrschung des Urinabgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 9. Fremder Hilfe bedürftig? | <input type="checkbox"/> beim Essen | <input type="checkbox"/> beim Waschen | |
| | <input type="checkbox"/> beim Ankleiden | <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren | |
| | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe | |
| | <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> bei | |
| 10. Örtlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 11. Zeitlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 12. Nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 13. Gemütsstimmung | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> verdrießlich |
| 14. Gefährliche Eigenschaften? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |
| 15. Suchtkrankheiten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |

