



3 Ärztlicher Fragebogen.doc

AWO-Seniorenresidenz
„Strandhaus“
Kühlungsborn

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen bei folgenden Tätigkeiten?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen d.Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3. Ist der/ die Patient/in

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ist der/ die Patient/in bettlägerig?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Stuhlinkontenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, in welcher Form ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Streßinkontenz Dranginkontenz Reflexinkontenz
extraneurethrale Inkontenz Überlaufinkontenz

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)

8. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche)

9. Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art)

10. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art)

Verhaltensauffälligkeiten: Eigengefährdung Fremdgefährdung

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B.TBC? Beachte §36 Infektionsschutzgesetz vom 20.07.00!
Erhebung der Befunde darf nicht länger als 6 Monate zurückliegen!

Tbc	<input type="checkbox"/>	Scabies	<input type="checkbox"/>
MRSA/ORSA	<input type="checkbox"/>	andere (welche?)	<input type="checkbox"/>
Dauerausscheider	<input type="checkbox"/>		

Erstellt:	Datum:	Geprüft/Freigegeben:	Version:
Volgmann-Röchert	16.09.19		01



3 Ärztlicher Fragebogen.doc

AWO-Seniorenresidenz
„Strandhaus“
Kühlungsborn

12. ICD-10	Diagnosen

PEG Tracheostoma anus praeter suprapubischer Katheter
 Dauerkatheter

Schmerzen: nein ja: akut chronisch: stabil instabil

Schmerzlokalisierung:
 chronische Wunde

13. Allergien/ Unverträglichkeiten:

14. letzter Krankenhausaufenthalt

Datum: _____

Grund: _____

15. mitbehandelnde Ärzte/ Fachärzte

16. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Medikament	morgens	mittags	Abends	nachts	Bemerkungen

17. Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?

18. Hinweise und Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort: Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Erstellt:	Datum:	Geprüft/Freigegeben:	Version:
Volgmann-Röchert	16.09.19		01