

Ärztlicher Fragebogen

Grüß Gott!

Mit diesem Fragebogen erbitten wir Angaben, die für die Betreuung im Seniorenheim von Bedeutung sind. Beantworten Sie daher bitte alle Fragen, indem Sie zutreffendes ankreuzen und Lücken ausfüllen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

- | | | | |
|----------------------------------|---|--|--|
| 01. Gehfähigkeit | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer _____ |
| 02. Treppensteigen möglich | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer _____ |
| 03. häufig bettlägerig | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer _____ |
| 04. Beherrschung des Stuhlganges | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer _____ |
| 05. Harnkontinenz | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer _____ |
| 06. fremder Hilfe bedürftig | <input type="checkbox"/> beim Essen | <input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren | |
| | <input type="checkbox"/> beim Ankleiden | <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe | |
| | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen | <input type="checkbox"/> beim Benützen der Toilette | |
| | <input type="checkbox"/> beim Waschen | <input type="checkbox"/> bei _____ | |
| 07. persönlich orientiert | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| situativ orientiert | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 08. nachts ruhig | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 09. Hinlauftendenz | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| 10. Eigen-/Fremdgefährdung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| 11. gesetzliche Betreuung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja (bitte Angaben zum Betreuer) | |

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

12. fachärztliche Betreuung Nein Ja (bitte Angaben zum Facharzt)
 Name: _____ Telefon: _____
 Straße: _____ Wohnort: _____
13. körperliche Behinderung(en) Nein Ja _____
14. geistig-seelische Behinderung(en) Nein Ja _____
15. Suchtkrankheit(en) Nein Ja _____
16. Bedarf der Patient einer fachpsychiatrischen Betreuung?
 Nein Ja _____

16. Nimmt der Patient Psychopharmaka?
 Nein Ja _____
17. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?
 MRSA (Lokalisation _____) Nein Ja (getestet am _____)
 unbekannt / noch nicht getestet / Verdacht
 Noro-Virus Nein Ja (getestet am: _____)
 unbekannt / noch nicht getestet / Verdacht
 Sonstige Keime/Viren Nein Ja _____
 Hepatitis Nein Ja A B C
 andere ansteckende Krankheiten Nein Ja: _____
 (auch TBC, § 48a, Abs. 2 BSeuchG)
18. Liegt eine Corona- Impfung vor?
 Wenn ja, wann fand die Impfung statt und mit welchem Impfstoff?

19. ggf. momentaner (ambulanter) Pflegegrad
 Schnelleinstufung Klinik beantragt am _____
 seit _____
- Pflegegrad: Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

20. aktuelle Medikation:

21. Diagnose:

22. Hinweise und Bemerkungen:

22. Weiterbehandlung/Übernahme des Patienten nach Heimeinzug

Behandlung in der Praxis: Ja Nein

Behandlung in der Einrichtung: Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes
& Stempel der Praxis