

6.1 Einzug	F 2 Ärztlicher Fragebogen
-------------------	----------------------------------

SH AM ZELTNERSCLOSS TAGESPFLEGE SZ SH AM LANGWASSERSEE TAGESPFLEGE HF
 TEL. 0911/ 99 403 - 500 TEL. 0911/ 99 403 - 900
 FAX: 0911/ 99 403 - 598 FAX: 0911/ 99 403 - 998

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

KURZZEITPFLEGE / DAUERPFLEGE TAGESPFLEGE

NAME, VORNAME _____

GEBURTSDATUM _____

1. Benötigt der Patient / die Patientin Hilfen beim	nein	manchmal	häufig	dauernd
Gehen	<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"/>
Essen	<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"/>
Ankleiden	<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"/>
Aufstehen/zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist der Patient / die Patienten				
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich 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"/>
3. Treten nachts Unruhezustände auf?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Ist der Patient / die Patientin bettlägerig?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Liegt Inkontinenz vor?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Wie ist die Gemütsstimmung?	_____			
7. Besteht eine Suchtkrankheit		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
8. Liegen psychische Störungen vor?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
9. Besteht eine körperliche Behinderung?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
10. Diagnosen:	_____ _____			
11. Bestehen ansteckende Krankheiten?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
12. Benötigte Medikamente? (Bitte Medikamentenverordnungen beilegen)	_____ _____			
13. Ist Diät / Schonkost erforderlich		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
14. Sonstige wichtige Informationen:	_____			

Ort, Datum _____ Unterschrift _____
 u. Praxisstempel des Arztes

Aufnahme genehmigt: _____
PDL