An das Senioren- und Pflegeheim Waal Singoldstr. 22 86875 Waal



Telefon 08246/96 90 8-0 Telefax 08246/96 90 8-33

Ärztlicher Fragebogen

Eingangsvermerke des Heimes

anı	aislich der Anmeldung	zur Heim	aumanme									
1.	Vor- und Zuname											
	Geburtsdatum											
2.	Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim											
		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		
	Gehen					Frisieren/Rasieren						
	Treppensteigen					Aufstehen (aus dem Bett)						
	Essen					Zu Bett gehen						
	Waschen					Benutzen der Toilette						
	Ankleiden											
3.	Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert? örtlich desorientiert? persönlich desorientiert? situativ desorientiert?					4. Treten nachts Unruhezustände auf? 5. Ist der/die Patient/in bettlägerig						
6.	Liegt Inkontinenz vor?											
	Stuhlinkontinenz											
	Harninkontinenz											
	(wenn ja, in welcher Form?)		Streß- inkontinenz		Drang- Inkontinenz	Reflex- Inkontinenz		erlauf- ontinenz		xtraurethrale nkontinenz		
7.	Wie ist die Gemüts-											
	stimmung (die seelische Verfassung)?											
8.	Besteht eine											
	Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?											
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,											
9.	Besteht körperliche											
	Behinderung (wenn ja, welche)?											
	•											
10.	Liegen physische Störungen vor											
11.	(wenn ja, welcher Art)?											
	· 											
	de Krankheiten wie											
	z. B. TBC? (bitte genau											
	bezeichnen)											

VH-7 Seite 1 von 2

12	Diagnose	
13.	Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
14.	Ist Diät/Schonkost	
	erforderlich (wenn ja, welcher Art?)	
	,	
15.	Hinweise,	
-	Bemerkungen -	
		Dieses Gutachten Stempel und Unterschrift des Arztes beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person
		Ort

VH-8 Seite 2 von 2