

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

per Fax an: 08341/9768-101

oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenzentrum Neugablonz
Reinhard-Schmidt-Haus
Riederlohweg 10
87600 Kaufbeuren - Neugablonz



Bezirksverband
Schwaben e.V.

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Allgemeines

Größe _____, Gewicht _____

ja nein

Ist der Patient gehfähig?

Ist der Patient bettlägerig?

Stuhlinkontinenz?

Harninkontinenz?

Unterstützungsbedarf

- bei Essen und Trinken?

- bei der Körperpflege?

- beim Ankleiden?

- im Bereich der Mobilität?

- beim Benutzen der Toilette/Umgang
mit Ausscheidungen?

- bei _____

Ist der Patient örtlich orientiert?

Ist der Patient zeitlich orientiert?

Ist der Patient zur Person orientiert?

Verhaltensauffälligkeiten?

Welche? _____

Weglauftendenzen?

Suchtkrankheit?

Welche? _____

Wunden

Welche? _____

Ansteckende Krankheiten

ja nein

(auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche? _____

	Nicht bekannt	ja	nein
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRGN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clostridien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere			

Spezielle Versorgung

ja nein

Beatmungspflichtig	<input type="checkbox"/>	Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/>
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	Port	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?

Diagnosen

Allergien/Unverträglichkeiten

ja nein

Welche? _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

Stempel, Unterschrift des Arztes
Ort, Datum



Zu verabreichende Medikamente:

Medikament	Form	morgens	mittags	abends	nachts

Bedarfsmedikamente:

genaue Bedarfssituation	Medikament	genaue max. Dosis/Tag

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes