

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Aufnahme in das Breitwiesenhaus

Herr / Frau: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ wurde beantragt am: \_\_\_\_\_ Höherstufung  
wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Adresse: \_\_\_\_\_

Diagnose / Anamnese: \_\_\_\_\_

## Ansteckende Krankheiten:

TB bekannt ja:  nein:

HIV-Infektion ja:  nein:

MRSA-Infektion ja:  nein:

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Gegenwärtiger Zustand – Pflegebedürftigkeit

Kann gehen allein ja:  nein:

mit Hilfe ja:

Treppensteigen allein ja:  nein:

mit Hilfe ja:

Aufstehen allein ja:  nein:

mit Hilfe ja:

Ankleiden allein ja:  nein:

mit Hilfe ja:

Waschen allein ja:  nein:

mit Hilfe ja:

Die Toilette benutzen allein ja:  nein:

mit Hilfe ja:

Die Mahlzeiten einnehmen allein ja:  nein:

mit Hilfe ja:

Benötigt Diät ja:  nein:

welche: \_\_\_\_\_

## 1. Körperliche Besonderheiten:

Sieht gut ja:  nein:

Hört gut ja:  nein:

Beherrscht den Urinabgang ja:  nein:

Beherrscht den Stuhlgang ja:  nein:

Decubitus ja:  nein:

Sonst. Wunden/Hauterkrankungen: \_\_\_\_\_

Husten ja:  nein:

Atemnot ja:  nein:

Ödeme ja:  nein:

Neigung zu Durchfall ja:  nein:

zu Verstopfung ja:  nein:

Diabetes ja:  nein:

## 2. Psychischer Zustand:

Bewußtsein klar  verwirrt  zeitweise verwirrt

Merkfähigkeit nicht gestört  gestört  zeitweise gestört

Orientiertheit nicht gestört  gestört  zeitweise gestört

Findet sich in der gewohnten Gegend zurecht ja:  nein:

Unruhig bei Tag ja:  nein:  zeitweise

Unruhig bei Nacht ja:  nein:  zeitweise

Stimmungslabil ja:  nein:

Aggressiv ja:  nein:  zeitweise

Umtriebig ja:  nein:  zeitweise

Depressiv ja:  nein:  zeitweise

Neigung zum Weglaufen ja:  nein:

Wahnideen ja:  nein:  zeitweise

Missbrauch von Alkohol ja:  nein:

Missbrauch von Medikamenten ja:  nein:

Anfälle, bei Tag ja:  nein:  bei Nacht ja:  nein:

Art der Anfälle: \_\_\_\_\_

Sonstige psychische Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

PR: \_\_\_\_\_

Allergie ja:  nein:  welche: \_\_\_\_\_

Erhält Medikamente ja:  nein:

Dosierung: \_\_\_\_\_

Ernährungs- u. Kräftezustand: Größe/cm: \_\_\_\_\_ Gewicht/kg: \_\_\_\_\_

Körperliche Behinderung: ja:  nein:

Welche Hilfsmittel werden benötigt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel des Arztes

Breitwiesenhaus  
Altenhilfezentrum Gerlingen gGmbH  
Bergheimer Weg 45, 70839 Gerlingen  
www.breitwiesenhaus.de

Tel: 07156 / 4301-0  
Fax: 07156 / 4301-22