

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Aufnahme in das Breitwiesenhaus

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Hausarztpraxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Welcher Pflegegrad liegt vor?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keiner

Seit wann liegt dieser vor?

Diagnose /Anamnese:

Ansteckende Krankheiten

Tuberkulose bekannt?

Ja ☐ / Nein ☐

HIV bekannt?

Ja ☐ / Nein ☐

MRSA Infektion bekannt?

Ja ☐ / Nein ☐

Sonstige

Gegenwärtiger Zustand – Pflegebedürftigkeit

Kann gehen:	selbständig: Ja ☐ / Nein ☐	mit Hilfe: Ja ☐
Treppensteigen:	selbständig: Ja ☐ / Nein ☐	mit Hilfe: Ja ☐
Aufstehen:	selbständig: Ja ☐ / Nein ☐	mit Hilfe: Ja ☐
Ankleiden:	selbständig: Ja ☐ / Nein ☐	mit Hilfe: Ja ☐
Waschen:	selbständig: Ja ☐ / Nein ☐	mit Hilfe: Ja ☐
Die Toilette benutzen:	selbständig: Ja ☐ / Nein ☐	mit Hilfe: Ja ☐
Die Mahlzeit einnehmen:	selbständig: Ja ☐ / Nein ☐	mit Hilfe: Ja ☐
Benötigt Diät:	Ja ☐ / Nein ☐	Welche:

Körperliche Besonderheiten

Sieht gut:	Ja ☐ / Nein ☐	Hört gut:	Ja ☐ / Nein ☐
Beherrscht den Uringang:	Ja ☐ / Nein ☐		
Beherrscht den Stuhlgang:	Ja ☐ / Nein ☐		
Decubitus:	Ja ☐ / Nein ☐		
Sonstige Wund-/ Hautkrankheiten:			
Husten:	Ja ☐ / Nein ☐	Atemnot:	Ja ☐ / Nein ☐
Ödeme:	Ja ☐ / Nein ☐		
Neigung zu Durchfall:	Ja ☐ / Nein ☐	zu Verstopfung:	Ja ☐ / Nein ☐
Diabetes:	Ja ☐ / Nein ☐		
Ernährungs-/Kräftezustand:	Größe/cm: _____	Gewicht/kg: _____	
Körperliche Behinderung:	Ja ☐ / Nein ☐		
Benötigte Hilfsmittel:			

Psychischer Zustand

Bewusstsein:	klar ☐ / verwirrt ☐	Zeitweise verwirrt:	Ja ☐
Merkfähigkeit:	nicht gestört ☐ / gestört ☐	Zeitweise gestört:	Ja ☐
Orientierung:	nicht gestört ☐ / gestört ☐	Zeitweise gestört:	Ja ☐
Findet sich in der gewohnten Gegend zurecht:	Ja ☐ / Nein ☐		
Unruhig bei Tag:	Ja ☐ / Nein ☐	Zeitweise:	Ja ☐
Unruhig bei Nacht:	Ja ☐ / Nein ☐	Zeitweise:	Ja ☐
Stimmungslabil:	Ja ☐ / Nein ☐		
Aggressiv:	Ja ☐ / Nein ☐	Zeitweise:	Ja ☐
Umtriebig:	Ja ☐ / Nein ☐	Zeitweise:	Ja ☐
Depressiv:	Ja ☐ / Nein ☐	Zeitweise:	Ja ☐
Neigung zum Weglaufen:	Ja ☐ / Nein ☐		
Wahnideen:	Ja ☐ / Nein ☐	Zeitweise:	Ja ☐
Missbrauch von Alkohol:	Ja ☐ / Nein ☐		
Missbrauch von Medikamenten:	Ja ☐ / Nein ☐		
Anfälle bei Tag:	Ja ☐ / Nein ☐	Anfälle bei Nacht:	Ja ☐ /Nein ☐
Art der Anfälle:			
Sonst. psychische Auffälligkeiten:			

PR:

Allergie:

Ja ☐ / Nein ☐

Welche:

Erhält Medikamente:

Ja ☐ / Nein ☐

Dosierung:

Versorgen Sie als behandelnder Arzt auch im Breitwiesenhaus vor Ort weiter?

Ja ☐ / Nein ☐

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Breitwiesenhaus Altenhilfezentrum Gerlingen gGmbH

Bergheimer Weg 45, 70839 Gerlingen

Tel: 07156 / 4301-0

Fax: 07156 / 4301-22

www.breitwiesenhaus.de

Stand: Dezember 2025

Freigegeben: durch die Gesamtgeschäftsführung

Aus Gründen der übersichtlicheren Lesbarkeit findet das so genannte generische Maskulinum durchgängig Anwendung; alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten sind stets mitgemeint.