

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 benützen 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