

Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in die AWO Seniorenfamilie

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

- 1. Ist der Patient gehfähig? ja nein
- 2. Treppensteigen möglich? ja nein
- 3. Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein
- 4. Ständig bettlägerig? ja nein
- 5. Stuhlinkontinenz? ja nein
- 6. Harninkontinenz? ja nein
- 7. Ist der Patient zeitlich orientiert? ja nein
- 8. Ist der Patient örtlich orientiert? ja nein
- 9. Ist der Patient situativ orientiert? ja nein
- 10. Neigt der Patient zum Weglaufen? ja nein
- 11. Benötigt der Patient fremde Hilfe beim (bitte ankreuzen)

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Frisieren/Rasieren				
Aufstehen (aus dem Bett)				
Zu Bett gehen				
Benutzen der Toilette				

13. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

14. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)

15. Besteht eine körperliche Behinderung? (wenn ja, welche Art?)

16. Liegen psychische Auffälligkeiten vor? (wenn ja, welche)

17. Bestehen ansteckende Krankheiten? (offene Tuberkulose)

18. Diagnosen:

19. Diät erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

20. Medikamente:

21. Hinweise/Bemerkungen:

.....,

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes