



Ärztlicher Fragenbogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

- Seniorenzentrum Friedrich-Ebert-Str. Seniorenzentrum Heinrichstraße
 Seniorentagespflege

Ansprechpartner: Seniorenzentrum Siegburg GmbH
 Bewohnerverwaltung Tel.: 02241 2504-2502 Fax: 02241 1029699

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum _____ Pflegestufe _____

Größe _____ Gewicht _____

Diagnosen:

Besteht z. Zt. ein Dekubitus? Ja nein wenn ja 1. Grades 2. Grades 3. Grades

Wenn ja wo? _____

| | Nein | gelegentlich | dauernd | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ist der Patient bettlägerig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wird der Patient beatmet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist eine beschützte Unterbringung nötig? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Liegt der Patient im Wachkoma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Liegt ein apallisches Syndrom vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Hat der Patient ein Tracheostoma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Benötigt der Patient bei folgenden Tätigkeiten Hilfe?

| | nein dauernd | gelegentlich | dauernd | | nein | gelegentlich |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppe steigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frisieren / Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ankleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mundgerechte Vorbereitung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mund- u. Zahn pflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einnahme der Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aufstehen / Zubettgehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- u. Ablegen von Hilfsmitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benutzung der Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liegt Inkontinenz vor? ja nein Wenn ja: Stuhlinkontinenz Harninkontinenz
 DK-Anlage SPK-Anlage Anus-Praeter-Anlage

Ist der Patient orientiert?

| | nein dauernd | gelegentlich | dauernd | | nein | gelegentlich |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gefährdet der Patient sich und andere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Treten nachts Unruhe- zustände auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neigt der Patient | | | | | | |
| zum weglaufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| zum zerstören | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Wie ist die Gemütsstimmung / die seelische Verfassung? Liegt Suizidgefahr vor? ja nein

Besteht Sturzgefahr? ja nein

Liegt eine psychische Erkrankung vor? / Besteht eine Sucht-Krankheit ?

Besteht eine Infektionskrankheit, Keimbesiedlung (z. B. Hepatitis, TBC oder MRSA)?

Welche Medikamente werden aktuell verabreicht?

Besteht eine besondere Kostform? (wenn ja welcher Art?)

Vorschläge für sonstige Maßnahmen/Hilfsmittel (z. B. Logopädie, Physiotherapie etc)

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes