

## 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 2504-2163

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_

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	gelegentlich	dauernd		nein	gelegentlich	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	waschen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Einnahme der Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?  ja  nein Wenn ja:  Stuhlinkontinenz  Harninkontinenz

DK- Anlage  SPK-Anlage  Anus-Praeter-Anlage

---

Ist der Patient orientiert?

	nein	gelegentlich	dauernd		nein	gelegentlich	dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefährdet der Patient sich und andere?	<input type="checkbox"/>	<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 Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<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?  ja  nein

---

Besteht Sturzgefahr?  ja  nein

---

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

---

Besteht eine Infektionskrankheit, Keimbefall (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