



Ärztlicher Fragebogen für Patient/in:

(Bitte füllen und in entsprechender Spalte ankreuzen)

Name:

Vorname:

PLZ, Ort:

Straße:

geboren am:

Geburtsort:

Benötigt Patient/in Hilfe bei:																
	Nein	Selten	Häufig	Dauernd												
Aufstehen																
Waschen																
Kleiden																
Gehen																
Essen																
Bitte entsprechend ankreuzen					Treppensteigen											
					zu Bett gehen											
					Frisieren											
					Rasieren											
					Toilettenbenutzung	Ja ()		Nein ()								
					Ist Patient/in desorientiert ?											
					Liegt Inkontinenz vor ?											
					Ist Patient/in weglaufgefährdet ?											
					Die Bewusstseinslage ist ?											
					verstimmt					verlangsamt		ängstlich		orientierungslos		somnolent
aggressiv					geistig rege		Bitte entsprechend ankreuzen									

Falls eine körperliche Behinderung besteht, welcher Art ?

Bestehen ansteckende Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz ?

Gibt es Hinweise auf TBC ?

Liegt Befall von MRSA vor ?

Datum vom letzten Abstrich: Ergebnis: positiv ☐ negativ ☐

Sonstige Infektionskrankheiten ?

Ärztliche Atteste bitte beifügen ! Falls psychische Störungen vorliegen, welche ?

Hauptdiagnose:

.....

.....

Ursache für die Pflegebedürftigkeit:

.....

.....

.....

Übernehmen Sie auch die weitere ärztliche Betreuung im DRK-Seniorenzentrum Kell am See ?

Ja ☐ Nein ☐ Häufigkeit der Hausbesuche ? :

Seite 2