



**Ärztlicher Fragebogen für Patient/in:** (Bitte ausfüllen und in entsprechender Spalte ankreuzen)

Name: .....

Vorname: .....

PLZ, Ort: .....

Straße: .....

geboren am: .....

Geburtsort: .....

		Benötigt Patient/in Hilfe bei:								
	Nein	Selten	Häufig	Dauernd			Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Aufstehen					Treppensteigen					
Waschen					zu Bett gehen					
Kleiden					Frisieren					
Gehen					Rasieren					
Essen					Toilettenbenutzung	Ja ( )	Nein ( )			
Ist Patient/in desorientiert ?					Liegt Inkontinenz vor ?					
	Nein	Selten	Häufig	Dauernd		Nein	Selten	Häufig	Dauernd	
zeitlich					Harninkontinenz					
örtlich					Stuhlinkontinenz					
persönlich										
situativ										
Treten nachts Unruhezustände auf ?					Ist Patient/in weglaufgefährdet ?					
	Nein	Selten	Häufig	Dauernd		Nein	Selten	Häufig	Dauernd	
Die Bewusstseinslage ist ?										
verstimmt	verlangsamt	ängstlich	orientierungslos	somnolent	komatos					
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 ?

.....

.....

Liegen andere, nicht altersbedingte Einschränkungen (z.B. ganz oder teilweiser Verlust des Seh- oder Hörvermögens, Lähmung, Rollstuhlabhängigkeit) vor ?

Hauptdiagnose: .....

Nebendiagnose: .....

Ursache für die Pflegebedürftigkeit: .....

Falls eine besondere Diät oder Beachtung der BE erforderlich ist, dann muss die ärztliche Anordnung als Anlage beigefügt sein !

<b>Welche Medikamente müssen verabreicht werden ?</b>		
<b>Bitte genaue Dosisabgabe !</b>		
	Medikamente in Tablettenform	Medikamente in Tropfenform
morgens		
mittags		
abends		
nachts		
Injektionen: ⇒		
Bedarfsmedikation: ▼	z.B. Schmerztherapie, Fieber-, Erkältungsmedikation	

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

Ja  Nein  Häufigkeit der Hausbesuche : .....

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes