

Ärztlicher Fragebogen

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme für das
 Haus St. Raphael
 Strüverweg 3a
 52 070 Aachen
 Tel. 0241/ 18282-0
 Fax. 0241/ 1828259

1. Vor- und Zuname															
Geburtsdatum															
2. Benötigt der/die Aufzunehmende/r Hilfe beim?															
Gehen	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Frisieren	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd						
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
3. Ist die/der Aufzunehmende/r desorientiert?															
Persönlich	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	4. Treten Nachts Unruhezustände auf?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd						
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
örtliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
5. Liegt Inkontinenz vor?															
Harninkontinenz	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	6. Liegt Bettlägerigkeit vor?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd						
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7. Wie ist der Ernährungszustand?															
8. Ist Diät / Schonkost / Aufbaukost erforderlich? Wenn ja, welche?															
9. Ist eine Anordnung der täglichen Flüssigkeitszufuhr erforderlich? Wenn ja, welche Mengen / Maßnahmen sind zu berücksichtigen?															
10. Gibt es Beeinträchtigungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?															

Geltungsbereich:

Verwaltung

Qualitätshandbuch St. Raphael Aachen



11. Wie ist die Gemütsstimmung?					
12. Besteht eine Suchtkrankheit?					
13. Besteht körperliche Behinderung?					
14. Liegen psychische Störungen vor?					
15. Warum wird eine stationäre Pflege, bzw. Tagespflege für nötig gehalten?					
16. Diagnosen					
17. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?		morger	mittags	abends	nachts
18. Bestehen ansteckende Krankheiten, wie TBC?					
19. Hinweise / Bemerkungen					
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.	Ort	Stempel und Unterschrift des Arztes			
	Datum				

Erstelldatum:	Bearbeiter:	Geprüft:	Freigabedatum / Unterschrift	Version:	Seitenanzahl
31.03.09	S. Linßen	S. Linßen	31.03.09 D. Preißler	1	Seite 2 von 2