

Tagespflege für Senioren - Familie Dr. Heindorf

Dr. Heindorf GmbH, Angerstraße 60, 31848 Bad Münder

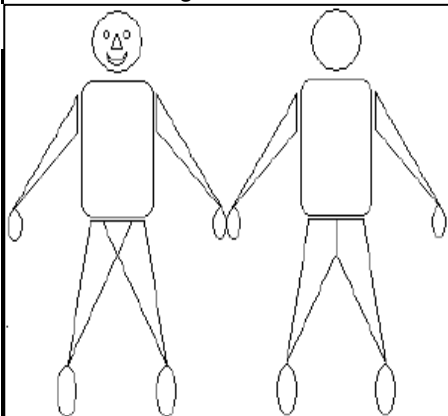
Telefon: 05042/ 9306-66 Fax: 05042 / 930690

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Tagespflege

Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. ankreuzen

Name, Vorname			
Geburtstag			
Ist der Pat. Gehfähig ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Treppensteigen möglich ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> mit Hilfe
Ist der Pat. bettlägerig ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Benutzt der Pat. Hilfsmittel ?	<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="radio"/> Gehwagen	<input type="radio"/> Gehstützen
Beherrschung des Urinabgangs ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nein
Beherrschung des Stuhlabgangs ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nein
Fremder Hilfe bedürftig beim	<input type="radio"/> Waschen		<input type="radio"/> Duschen/Baden
	<input type="radio"/> Ankleiden		<input type="radio"/> benutzen der Toilette
	<input type="radio"/> Auskleiden		<input type="radio"/> Rasieren
	<input type="radio"/> Frisieren		<input type="radio"/> Toilettengang
Hörvermögen	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> Hörgerät
Sehvermögen	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> Sehhilfe
Sprachvermögen	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> Sprechhilfe
Bewußtseinstörungen			
Zeitlich orientiert ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nein
Örtlich orientiert ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nein
Persönlich orientiert ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nein
Situativ orientiert ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nein
Nachts ruhig ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nicht immer	<input type="radio"/> nein
Gemütsstimmung ?	<input type="radio"/> willig	<input type="radio"/> freundlich	<input type="radio"/> ängstlich
	<input type="radio"/> verdrießlich	<input type="radio"/> aggressiv	<input type="radio"/>
Besteht eine Suchtkrankheit ?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Welche?	
Bestehen Allergien ?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Welche?	

Sind Verletzungen oder Hautschäden (Decubitus etc.) vorhanden? Wenn ja, wo ?



nein ja

Wenn ja, wo ?:

Körperliche Behinderung(en) - Art - _____

Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art - _____

Diagnosen: _____

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? JA
 NEIN

Welche Medikamente nimmt der Patient ? (Bitte mit Dosierung angeben)

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

Ort: _____ Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____