

FB Ärztlicher Fragebogen (anlässlich der Anmeldung)

DRK Seniorenbetreuung Kreis Viersen gGmbH
DRK-Seniorenzentrum Rheydt
Brückenstr. 140, 41238 Mönchengladbach
02166 919 100
02166 919 256

1. Vor- und Zuname
 Geburtsdatum
 Anschrift

2. Diagnose

	<u>Nein</u>	<u>Gelegentlich</u>	<u>Dauernd</u>		<u>Nein</u>	<u>Gelegentlich</u>	<u>Dauernd</u>
3. Benötigt				4. Ist der/die Patient/in			
der/die Patient/in				zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfen beim:				örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	situativ orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Treten nachts			
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ist der/die Patient/in			
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
aus dem Bett							
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

7. Liegt Inkontinenz vor? ja nein Stuhlinkontinenz Harninkontinenz

8. Wie ist die Gemütsstimmung
 (die seelische Verfassung)?

9. Besteht eine Suchtkrankheit
 (wenn ja, welche)?

10. Besteht körperliche Behinderung
 (wenn ja, welcher Art)?

.....
11. Liegen psychische Störungen vor?

(wenn ja, bitte Zusatzfragebogen ausfüllen)

12. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)

ja

nein

13. Welche Medikamente werden
verordnet? BTM?

14. Welche Therapien werden verordnet? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Physikalische Therapie

Krankengymnastik

med. Bäder

Massagen

Fango

Heißluft

Belastungsstufe

leicht

mittelschwer

schwer

15. Wird Diät verordnet? (bei Diabetes, purinarm, bei Allergien/Unverträglichkeiten)

16. Liegt ein Impf-/ Genesenenstatus vor? ja nein

1. Impfung am: mit:

2. Impfung am: mit:

Genesenennachweis vom:

Erhalt einer weiteren Impfdosis am: mit:

17. Hinweise, Bemerkungen

Diese Angaben beruhen
auf einer persönlichen Untersuchung
der aufzunehmenden Person

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes