**FB Ärztlicher Fragebogen** (anlässlich der Anmeldung)

**DRK-Seniorenzentrum**

**Telefon:**

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Anschrift

1. Diagnose

Nein Gelegentlich Dauernd Nein Gelegentlich Dauernd

**3**. Benötigt **4**. Ist der/die Patient/in

der/die Patient/in

Hilfen beim: zeitlich orientiert?

Gehen    örtlich orientiert?

Treppensteigen    persönlich orientiert?

Essen    situativ orientiert?

Waschen

Ankleiden    **5**. Treten nachts

Frisieren/Rasieren    Unruhezustände auf?

Aufstehen

aus dem Bett

Zu Bett gehen    **6**. Ist der/die Patient/in

Benutzen der Toilette    bettlägerig?

**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 Stempel und Unterschrift des Arztes

auf einer persönlichen Untersuchung

der aufzunehmenden Person

Ort

Datum