

VEREINIGTE HOSPITIEN

STIFTUNG DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme:

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<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"/>
Waschen	<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"/>

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	<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"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der/die Patient/in:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten nachts Unruhezustände auf? ja nein

Ist der/die Patient/in bettlägerig? ja nein

Liegt Inkontinenz vor?
Stuhlinkontinenz ja nein
Urininkontinenz ja nein

Wie ist die Gemütsstimmung, die seelische Verfassung?

Besteht eine Suchterkrankung? ja nein

V E R E I N I G T E H O S P I T I E N
S T I F T U N G D E S Ö F F E N T L I C H E N R E C H T S

Besteht eine körperliche Behinderung?

ja nein

Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welcher Art?

Bestehen ansteckende Erkrankungen (z. B. TBC, MRSA)?

Diagnosen

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist Diät/Schonkost erforderlich? Wenn ja, welche?:

Hinweise, Bemerkungen:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des/der o. g. Patient/in.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes