

Ärztlicher Fragebogen

zur Heimaufnahme

Seniorenpflegeheim Lindenriek

Brombeerkamp 6

30938 Burgwedel

Tel. 05139-8074-0
Fax 05139-8074-87

Name:	
Vorname:	
Geburtstag:	
Pflegegrad:	

	ja	nein	nicht immer
Ist Pat. gehfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Pat. bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremde Hilfe bei:	<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Frisieren
	<input type="checkbox"/> Ankleiden	<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
Diagnosen:	<input type="checkbox"/> Sturzneigung	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> bösart. Tumorerkrankung
	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
Sonstige Diagnosen:	_____		

Körperliche Behinderung (Art)?

Geistig-seelische Behinderung (Art)?

Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc) ?

ja

nein

Sonstiges:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift