

Ärztlicher Fragebogen

- Heimaufnahme
ab
- Kurzzeitpflege
von bis

Pflegeheim Klinger

Birkenfelder Weg 11
96126 Maroldsweisach
Tel.: 09532/366
Fax: 09532/8075



**PFLEGEHEIM
KLINGER**
herzlich - menschlich - familiär

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen (X).

Vor- und Zuname			
Geburtstag			
Patient gehfähig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Treppensteigen mögl.:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
Häufig bettlägerig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ständig
Urininkontinent:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Katheter
Stuhlinkontinent:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fremder Hilfe bedürftig:	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen
	<input type="checkbox"/> bei WC-Gang	<input type="checkbox"/> beim Waschen	<input type="checkbox"/> bei Körperpflege
	<input type="checkbox"/> beim Betten	<input type="checkbox"/> bei.....	<input type="checkbox"/> bei.....
Ort:	Unterschrift der Pflegekraft:		
Datum:			
Diagnosen			
Medikamente z.Zt.:			
Suchtkrankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Örtlich orientiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Zeitlich orientiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Nachts ruhig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Diäten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Körperl. Behinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Geistig – seelische Behinderungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Weglaufgefährdet ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hinweis / Bemerkung			
Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten			
a) gemäß § 36 Abs. 4 IfSG (Attest !)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
b) Stuhlproben frei von pathogenen Keimen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ort:	Unterschrift des Arztes (evtl. Stempel):		
Datum:			