

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

VEREINIGTE HOSPITIEN

STIFTUNG DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

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