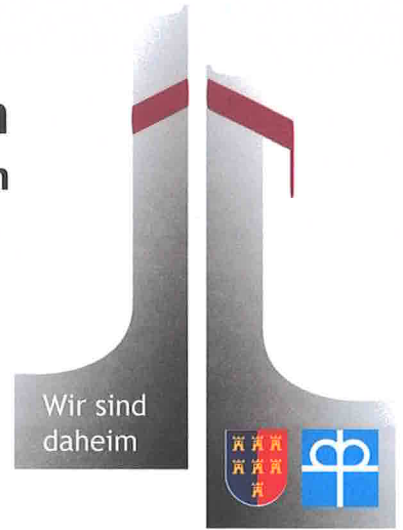


Haus Siebenbürgen

Wohn- und Pflegeheim

Haus Siebenbürgen gGmbH · Siebenbürger Platz 8 · 51674 Wiehl



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Haus Siebenbürgen gGmbH

Siebenbürger Platz 8
51674 Wiehl-Drabenderhöhe

Telefon 0 22 62-28 85
Telefax 0 22 62-69 00 35

info@altenheim-siebenbuergen.de
www.haus-siebenbuergen.de

Vor- und Nachname _____

Geburtstag _____

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Ist der Pat. gehfähig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Treppensteigen möglich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ist der Patient häufig bettlägerig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ständig bettlägerig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Beherrschung des Stuhlgangs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Beherrschung des Urinabgangs | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Fremder Hilfe bedürftig | <input type="checkbox"/> beim Essen | <input type="checkbox"/> beim Waschen | |
| | <input type="checkbox"/> beim Ankleiden | <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren | |
| | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett | | |
| | <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe | | |
| | <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | | |
| | <input type="checkbox"/> bei _____ | | |
| Örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Nachts ruhig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Gemütsstimmung | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> verdrießlich |
| Gefährliche Eigenschaften | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | |
| Suchtkrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche | |

Körperliche Behinderungen _____

Geistig-seelische Behinderung oder Störung _____

Diagnose _____

Ist der Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC) _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes _____

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____