Pflegeheim Süpplingen
Im Winkel 1a
38373 Süpplingen
Tel.: 05355 910900
Fax: 05355/910 90 180 pflegewohnhaus.suepplingen@drk-kv-he.de

Deutsches Rotes Kreuz

„Ärztlicher Fragebogen“

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig:

1. Vor- und Zuname: _____
2. Geburtstag: _____
3. Diagnose: _____
4. Ist der/die Patient/in gehfähig? □ ja □ nein
5. Ist Treppensteigen möglich? □ ja □ nein
6. Ist der/die Patient/in bettlägerig? □ ja □ nein
7. Beherrscht der/die Patient/in seinen Stuhlgang? □ ja □ nein
8. Beherrscht der/die Patient/in seinen Urinabgang? □ ja □ nein
9. Benötigt der/die Patient/in fremde Hilfe:
   - □ beim Essen
   - □ beim Waschen
   - □ beim Ankleiden
   - □ beim Frisieren/ Rasieren
   - □ beim Aufstehen aus dem Bett
   - □ beim Lagern
   - □ beim Benutzen der Toilette
   - □ beim _____
10. Ist der/die Patient/in örtlich orientiert? □ ja □ nein □ nicht immer
11. Ist der/die Patient/in zeitlich orientiert? □ ja □ nein □ nicht immer
12. Ist der/die Patient/in zur Person orientiert? □ ja □ nein □ nicht immer
13. Verhält sich der/die Patient/in nachts ruhig? □ ja □ nein □ nicht immer
14. Ist der/die Patient/in frei von Selbstmordgedanken? □ ja □ nein
15. Besteht bei dem/der Patient/in ein Drang nach draußen? □ ja □ nein
16. Ist der/die Patient/in suchtkrank? □ ja □ nein

    Sollte der/die Patient/in suchtkrank sein, um welche Sucht handelt es sich bei Ihm/Ihr? _____
17. Bestehen bei dem Patienten körperliche Behinderungen? □ ja □ nein

    Sollte der/die Patient/in eine körperliche Behinderung aufweisen, um welche Art von Behinderung handelt es sich? _____

    _____

Pflegeheim Süpplingen
Im Winkel 1a
38373 Süpplingen
Tel.: 05355 910900
Fax: 05355/910 90 180 pflegewohnhaus.suepplingen@drk-kv-he.de

Deutsches Rotes Kreuz

„Ärztlicher Fragebogen“

18. Weist der/die Patient/in geistig- seelische Behinderungen auf? □ ja □ nein
    Sollte der/die Patient/in eine seelische Behinderung aufweisen, um welche Art von Behinderung handelt es sich? _____
    _____
19. Leidet der/die Patient/in an ansteckenden Krankheiten (z.B. ansteckende Lungentuberkulose, MRSA, u.a.)? □ ja □ nein
    Sollte der/die Patient/in an einer ansteckenden Krankheit leiden, handelt es sich um?
    _____
    _____
20. Informationen über die Krankengeschichte oder ggf. Operationen des/ der Patient/in
    _____
    _____
21. Welche Medikamente sind dem/der Patient/in zurzeit verordnet?
    _____
    _____
22. Nach welcher Ernährungsform ernährt sich der Patient?
    - □ Normalkost
    - □ Schonkost
    - □ Diät, wenn ja, welche Diät?
      _____
    - □ Behinderungen bei der Nahrungsaufnahme? _____
      _____
      _____
23. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:
    _____
    _____

_____ _____

(Ort und Datum) (Stempel und Unterschrift des Arztes)