

Seniorenzentrum Laupheim
Hospital zum Heiligen Geist
Stationäre Einrichtung
Marktplatz 11/2, 88471 Laupheim
Telefon (0 73 92) / 97 28 – 0
Telefax (0 73 92) / 97 28 – 38

Ärztlicher Fragebogen

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Geb. Ort: _____

Anschrift: _____

Ansteckende Krankheiten

Eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose liegt nicht vor.
Bescheinigung nach § 36 Abs. 4 IFSG erfolgt hiermit

Sonstiges _____

Diagnosen: _____

Derzeitige Therapie: _____

Medikament	Dosierung / Darreichung sform	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Orientierung:

Orientiert

örtlich desorientiert

zeitweise

zeitlich desorientiert

zeitweise

situativ desorientiert

zeitweise

Person desorientiert

zeitweise

Verständigung:

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt | <input type="checkbox"/> schwerhörig | <input type="checkbox"/> Sprache undeutlich |
| | <input type="checkbox"/> taub | <input type="checkbox"/> Kein Sprachvermögen |
| | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> geringes Sehvermögen |
| | | <input type="checkbox"/> Brille |

Mobilität:

- | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| | <input type="checkbox"/> Lagerung 2- stündlich | |

Körperpflege:

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> benötigt Anleitung |
|--------------------------------------|---|---|

An- / Auskleiden:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe |
|--------------------------------------|---|

Ausscheidung:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> DK |
| | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Anus prater |

Ernährung:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe |
|--------------------------------------|---|

Weitere Informationen: _____

Verhalten:

motorische Unruhe, wenn ja in welcher Form?

Nachts ruhig ja nein nicht immer

Grund des Einzugs in die Einrichtung

- Unvermögen, zur Fortführung eines eigenen Haushaltes
- Selbstgefährdung
- Unfähigkeit die notwendige Körperpflege durchzuführen
- Hilflosigkeit bei Krankheit
- Keine Betreuung durch Angehörige möglich
- Psychische Erkrankung, wenn ja welche: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes