



# Haus Wilkinghege

Wohnen mit Pflege und Betreuung  
Wilkinghege 55 - 48159 Münster Tel 0251/28020 - Fax 0251/2802221 - info@haus-wilkinghege.de

## Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Hilfebedarf

	nein	gelegentlich	häufig	immer		nein	gelegentlich	häufig	immer
Gehen	<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"/>
Aufstehen	<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"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<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"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Orientierung

	nein	gelegentlich	häufig	immer		nein	gelegentlich	häufig	immer
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nächtl. Unruhe	<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"/>	Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönl. desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<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"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Inkontinenz

	nein	gelegentlich	häufig	immer
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welcher Form  Stress-inkontinenz  Drang-inkontinenz  Reflex-inkontinenz  Überlauf-inkontinenz  extraurethrale Inkontinenz

### Wie ist die seelische Verfassung - Gemütsstimmung?

---

---

---

---

### Besteht eine Suchtkrankheit? Welche?

---

---

---

### Besteht eine anerkannte Behinderung? Welche?

---

---

---

### Liegen psychische Störungen vor? Welche?

---

---

---

---

Bestehen ansteckende Krankheiten? Z. B. Tuberkulose. Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36.4 ISG vor?

---

---

---

---

---

Liegen Informationen zu Schmerzen vor? Lokalisation, Diagnose

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Diagnosen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Medikamente müssen verabreicht werden? Dosierung?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Liegen Informationen zu einer MRSA Infektion vor? Welche?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ist Diät / Schonkost erforderlich? Welche?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bemerkungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Diese Informationen beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der oben genannten Person!

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel des Arztes