



Haus Wilkinghege

Wohnen mit Pflege und Betreuung

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 Reflekt-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?

Welche Impfungen wurden durchgeführt?

Covid 19 - 1 :

Covid 19 - 2 :

Covid 19 - 3 :

Covid 19 - 4 :

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