

Caritas - Seniorenenzentrum St. Leon Rot
Rathausstr. 3
68789 St. Leon – Rot
Tel. 06227-35839-0
Fax 06227-35839-101

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

1. Zu- und Vorname

Anschrift

Geburtsdatum:

Covid 19 Impfung: ja nein Booster erhalten genesen

3. Angaben zum Verhalten

- Ausgeglichen introvertiert depressiv tags unruhig
 Weglauftendenz Nachts unruhig Selbstgefährdung
 Wahnvorstellungen Gefährdung anderer

4. Besteht eine Suchterkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche? :

5. Besteht körperliche Behinderung? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

6. Liegen psychische Störungen vor? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

7. Bestehen ansteckende Krankheiten Ja Nein

Wenn ja, welche?:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Aids/HIV | <input type="radio"/> Akuter Virus bedingter Infekt der Atemwege |
| <input type="radio"/> Enteritis Infectiosa
(Salmonellenenteritis) | (z.B. Influenza, Covid 19, etc.) |
| <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Hepatitis A |
| <input type="radio"/> Konjunktivitis | <input type="radio"/> Hepatitis C |
| <input type="radio"/> Pneumonie | <input type="radio"/> Pediculosis (Läuse) |
| <input type="radio"/> TBC | <input type="radio"/> Skabies (Krätze) |
| | <input type="radio"/> Andere _____ |
-

8. Keime: Ja Nein

- Wenn ja, welche:
- | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> MRSA / VRSA | <input type="radio"/> VRE | <input type="radio"/> ESBL | <input type="radio"/> MRGN |
| <input type="radio"/> Chlostridium diff. | <input type="radio"/> Pseudomonas | | |
| <input type="radio"/> Andere _____ | | | |
-

Lokalisation:

Details:

Sanierung erfolgt? : Ja Nein

wenn ja, wann:

Datum letzter Abstrich und Laborergebnis:

9. Klinikaufenthalte Ja Nein

Wenn ja, wann : _____

Diagnosen: _____

10. Unfälle und Stürze mit medizinischer Behandlung in den letzten 5 Jahren Ja Nein

Wenn ja, welche?

11. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?
(Kann auch in Kopie beigelegt werden)

Dosierung

	morgens	mittags	abends	nachts

12.

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

13. Ist Diät / Schonkost erforderlich? Ja Nein
Wenn ja, welcher Art?

Schluckstörungen? Ja Nein
Passierte Kost / weiche Kost? Ja Nein

14. Allergien: Ausweis vorhanden: Ja Nein

15. Epilepsie Ja Nein

Bemerkungen: _____

Letzter Anfall: _____

16. Patientenausweise vorhanden:

Marcumar	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Impfausweis	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Andere	_____	

17. Medizinische Versorgung und Therapie: (z.B. Anus praeter, PEG, Tracheostoma, Port, O2-Gabe)

18. Wunden: Ja Nein

Art: _____

Lokalisation: _____

19. Schmerzen

Art: _____

Lokalisation: _____

20. Sehfähigkeit

Rechts: normal eingeschränkt sehbehindert blind

Links: normal eingeschränkt sehbehindert blind

Ursache: _____

Sehhilfe: Ja Nein lehnt Sehhilfe ab

21. Hörfähigkeit

Rechts: normal eingeschränkt schwerhörig taub

Links: normal eingeschränkt schwerhörig taub

Ursache: _____

Hörgerät Ja Nein lehnt Hörgeräte ab

22. Sprechvermögen normal eingeschränkt nicht vorhanden

Äußert sich wie folgt:

23. Bewegungsfähigkeit normal eingeschränkt

Ursache: _____

Funktion der Arme:

Rechts: normal eingeschränkt Lähmung Kontraktur

Links: normal eingeschränkt Lähmung Kontraktur

Details: _____

Funktion der Hände:

Rechts: normal eingeschränkt Lähmung Kontraktur

Links: normal eingeschränkt Lähmung Kontraktur

Details: _____

Funktion der Beine:

Rechts: normal eingeschränkt Lähmung Kontraktur
 Links: normal eingeschränkt Lähmung Kontraktur
 Details: _____

Funktion der Füße:

Rechts: normal eingeschränkt Lähmung Kontraktur
 Links: normal eingeschränkt Lähmung Kontraktur
 Details: _____

Wirbelsäule: normal Veränderungen: _____

Amputation: Ja Nein Wenn ja, wo? _____

Prothesen: Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Weitere Hilfsmittel: _____

24. Ist der/die Patient/in desorientiert?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeitlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Details: _____

25. Liegt Inkontinenz vor ?

Stuhlinkontinenz Ja Nein

Harninkontinenz Ja Nein

wenn ja welche Form? _____

Harnableitung Ja Nein

Wenn ja, Datum letzter Katheterwechsel: _____

26. Hinweise, Bemerkungen

Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes

Datum.....