



HAUS DER GENERATIONEN

HALLERTAU

Haus der Generationen Hallertau, Ziegelstr 11, 85283 Wolnzach

Tel:08442/92420; Fax: 08442/924242; E-Mail: info@hdg-hallertau.de

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor-/Nachname, Geburtsname Geburtsdatum:									
2. Benötigt der Patient/ die Patientin Hilfe beim									
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen:	<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"/>
Essen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situativ orientiert:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeitlich desorientiert:	<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"/>	Treten Nachts				
Frisieren/Rasieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der Patient				
Aufstehen/ zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bettlägrig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (genau bezeichnen)				
Harninkontinenz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?						Neigt Er/Sie zu aggressivem Verhalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Liegen psychische Störungen vor (Wenn ja, welche, evtl. Fixierungen) <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Bett <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> beschützende Wohngruppe						Weglaufgefährdet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Besteht eine Suchtkrankheit (Wenn ja, welche?)									
Besteht eine körperliche Behinderung (Wenn ja, welche?)									
Ärztliche Hauptdiagnosen:									
Müssen Medikamente verabreicht werden (wenn ja, wie viel und welche Dosis?)									
Ist Diät/Schonkost erforderlich:									
Hinweise, Bemerkungen z.B. Ulcera					Datum, Unterschrift, Stempel				