



Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die Kurz- & Langzeitpflege Böcking GmbH, Wissmannstraße 44, 42699 Solingen, bitten wir Sie, folgenden Fragebogen gemeinsam mit ihrem Hausarzt auszufüllen und zur bestmöglichen Vorbereitung der pflegerischen und medizinischen Betreuung vor Ihrem Einzug zu übergeben:

Name, Vorname: _____			
Geburtsdatum: _____			
1. Ist der Patient gefähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
2. Häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
3. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
4. Stuhlinkontinent?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
5. Harninkontinent?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
6. Fremde Hilfe notwendig?	<input type="checkbox"/> Beim Essen <input type="checkbox"/> Beim Waschen <input type="checkbox"/> Beim Ankleiden <input type="checkbox"/> Beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> Beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> Beim Lagern		
7. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer
8. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer
9. Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer
10. Persönlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer
11. Guten Schlaf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht immer
12. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> frdl.	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> aggressiv
13. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
14. Körperliche Behinderung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
15. Geistig-seelische Störung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
16. Hat der Patient ansteckende Krankheiten? (MRSA, Tbc, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	
Der Nachweis gem. § 36 (4) Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist mittels ärztlichem Zeugnis vor oder unverzüglich nach der Aufnahme der Heimleitung vorzulegen.			
17. Diagnosen:			
Ärztliche Medikamentenverordnung bitte beifügen!			
18. Hinweise und Bemerkungen:			

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes