

# Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in die AWO Seniorenfamilie

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

- 1. Ist der Patient gehfähig?  ja  nein
- 2. Treppensteigen möglich?  ja  nein
- 3. Ist der Patient häufig bettlägerig?  ja  nein
- 4. Ständig bettlägerig?  ja  nein
- 5. Stuhlinkontinenz?  ja  nein
- 6. Harninkontinenz?  ja  nein
- 7. Ist der Patient zeitlich orientiert?  ja  nein
- 8. Ist der Patient örtlich orientiert?  ja  nein
- 9. Ist der Patient situativ orientiert?  ja  nein
- 10. Neigt der Patient zum Weglaufen?  ja  nein
- 11. Benötigt der Patient fremde Hilfe beim (bitte ankreuzen)

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Frisieren/Rasieren				
Aufstehen (aus dem Bett)				
Zu Bett gehen				
Benutzen der Toilette				

13. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

---

14. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)

---

15. Besteht eine körperliche Behinderung? (wenn ja, welche Art?)

---

16. Liegen psychische Auffälligkeiten vor? (wenn ja, welche)

---

17. Bestehen ansteckende Krankheiten? (offene Tuberkulose)

---

18. Diagnosen:

---

---

---

---

---

19. Diät erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

---

20. Medikamente:

---

---

---

---

---

---

---

---

21. Hinweise/Bemerkungen:

---

---

---

....., .....

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes