ADOLPHI-STIFTUNG

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Bewohnereinzug

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Der/die Patient/in benötigt Hilfen beim:

	nein	ab und zu	fast immer	immer
Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppen steigen	☐	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Ankleiden	☐	☐	☐	☐
Frisie-ren/Rasieren	☐	☐	☐	☐
Aufstehen aus dem Bett	☐	☐	☐	☐
Toilettengang	☐	☐	☐	☐
Zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐

Der/die Patient/in ist:

	nein	ab und zu	fast im-mer	immer
nachts unruhig	☐	☐	☐	☐
bettlägerig	☐	☐	☐	☐
harninkontinent	☐	☐	☐	☐
stuhlinkontinent	☐	☐	☐	☐
zeitlich orientiert	☐	☐	☐	☐
örtlich orientiert	☐	☐	☐	☐
persönlich orientiert	☐	☐	☐	☐
situativ orientiert	☐	☐	☐	☐

Wie ist die Gemütsstimmung?

Liegen geistig-seelische Störungen vor? ☐ nein ja ☐, welche?

Besteht eine Suchtkrankheit? ☐ nein ja ☐, welche?

Besteht eine körperliche Behinderung? ☐ nein ja ☐, welche?

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. Tuberkulose? ☐ nein ja ☐, welche?
(genaue Bezeichnung)

Welche Krankheiten liegen vor? (Diagnosen)

Ist eine besondere Kost erforderlich? ☐ nein ja ☐, welche?

Sonstige Bemerkungen:

Ist eine Änderung des gesundheitlichen Zustandes zu erwarten? ☐ nein ja ☐

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes