

Ärztliche Beurteilung
Zum Einzug



Seniorenhof Schloßberg
Am Schloßberg 7
91598 Colmberg
Telefon 09803- 93 29 5-0
Telefax 09803- 93 29 5-50
Internet: www.seniorenhof-schlossberg.de
E-Mail: info@seniorenhof-schlossberg.de

Zutreffendes bitte ankreuzen

Wir bitten um vollständige Beantwortung und
Übersendung in einem verschlossenen Umschlag
an die nebenstehende Anschrift

Die Angaben werden vertraulich behandelt

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| Ist der Patient gehfähig: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Ist Treppensteigen möglich: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Häufige Bettlägerigkeit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Ständige Bettlägerigkeit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Beherrschung des Stuhlgangs: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Beherrschung des Urinabgangs: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Dekubitus: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Dauerkatheter: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Anus praeter: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Liegt eine Lähmung vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wo _____ | |
| Liegt eine Versteifung vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wo _____ | |
| Liegt eine Amputation vor? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wo _____ | |
| Benötigt fremde Hilfe bei: | <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Waschen | |
| | <input type="checkbox"/> Ankleiden | <input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren | |
| | <input type="checkbox"/> Aufstehen aus dem Bett | | |
| | <input type="checkbox"/> Lagern zur Nachtruhe | | |
| | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette | | |
| | <input type="checkbox"/> _____ | | |

Gemütszustand: _____

- | | | | |
|-----------------------------|---|--|---------------------------------------|
| Örtlich orientiert: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Zeitlich orientiert: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Nachts unruhig: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Tags über unruhig: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| | <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz | <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen | |
| Suchtkrankheiten: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |

Körperliche Behinderung(en): nein ja, welcher Art? _____

Sind Hilfsmittel vorhanden?

- Brille
- Hörgerät
- Rollator
- Rollstuhl
- Gehstock
- Prothesen

Geistig-seelische Behinderung oder Störung nein ja, welcher Art?

Diagnosen:

Regelmäßige Medikamente: nein ja, welche? (Dosierung, ggf. Medikamentenplan)

Passierte Kost: nein ja, welche?

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? nein ja
ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atmungsorgane nein ja
Wurde der Patient auf MRSA untersucht? nein ja
Test war negativ positiv

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Datenschutzhinweis: Die personenbezogenen Daten, die Sie uns im Rahmen dieser Anmeldung zur Verfügung stellen, werden nur für die Bearbeitung Ihrer Anmeldung verwendet. Die Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Sollte es zu keinem Vertragsabschluss kommen, werden die Daten gelöscht!