# Fragebogen-Tagespflege



Vor- und Zuname	Geburtsdatur	n

### Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim:

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

- Gehen
- Treppensteigen
- Aufstehen (aus dem Bett)
- Essen
- Waschen
- Frisieren/Rasieren
- · Zu Bett gehen
- · Benutzen der Toilette
- · Ankleiden/Auskleiden
- Frisieren/Rasieren

#### Ist der/die Patient/in desorientiert?

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

- · Zeitlich
- Örtlich
- Persönlich
- Situativ

#### Treten nachts Unruhezustände auf?

Nein Gelegentlich Dauernd Häufig

### Ist der/die Patient/in bettlägerig?

Gelegentlich Dauernd Nein Häufig

## Sie haben Fragen zur Aufnahme oder Aufenthalt?

Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine Nachricht!



038461 - 916 44 44







<ul><li>Liegt Inkontinenz vo</li><li>Stuhlinkontinenz</li><li>Harninkontinenz</li></ul>	r?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd			
Wenn ja, in welcher Inkontinenz-Form?	Stress	Drang	Extraurethral	Reflex	Überlauf			
Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?								
Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?								
Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?								
Liegen physische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?								

## Sie haben Fragen zur Aufnahme oder Aufenthalt?

Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine Nachricht!



**©** 038461 - 916 44 44









Bestehen ansteckende	Krankheiten wie z.B. TBC? (bit	tte genau bezeichnen)
Diagnose(n)		
Welche Medikamente n	nüssen verabreicht werden?	
Ist Diät/Schonkost erfo	rderlich? (wenn ja, welcher Art	?)
Hinweise, Bemerkunger	n/ ggf. zusätzliche ärztliche Ver	rordnungen (z.B. PT)
Dieses Gutachten beruht auf der aufzunehmenden Person.	einer persönlichen Untersuchung	Stempel und Unterschrift des Arzte
Ort:	Datum:	

## Sie haben Fragen zur Aufnahme oder Aufenthalt?

Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine Nachricht!



**©** 038461 - 916 44 44



