

Fragebogen–Stationär

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

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
-

Ist der/die Patient/in desorientiert?

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

- Zeitlich
- Örtlich
- Persönlich
- Situativ

Treten nachts Unruhezustände auf?

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Ist der/die Patient/in bettlägerig?

Nein Gelegentlich Häufig Dauernd

Sie haben Fragen zur Aufnahme oder Aufenthalt?

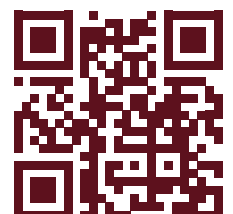
Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine Nachricht!



038461 – 916 42 51



info@warnowpflege.de



Liegt Inkontinenz vor?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
• Stuhlinkontinenz				
• Harninkontinenz				
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?

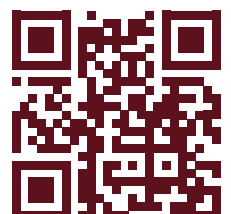
Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine Nachricht!



038461 – 916 42 51



info@warnowpflege.de



Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC (bitte genau bezeichnen)?

.....

.....

.....

Diagnose(n)

.....

.....

.....

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

.....

.....

.....

Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?

.....

.....

.....

Hinweise, Bemerkungen/ ggf. zusätzliche ärztliche Verordnungen (z.B. PT)

.....

.....

.....

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung
der aufzunehmenden Person.

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort:

Datum:

Sie haben Fragen zur Aufnahme oder Aufenthalt?

Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine Nachricht!

 **038461 – 916 42 51**

 **info@warnowpflege.de**

