


Stiftung St. Zeno Altenheim St. Elisabeth Schliersee-Neuhaus  <b>Pflege</b>	<b>Prozess-Standard</b> <b>Einzug neuer Heimbewohner</b> <b>Ärztlicher Fragebogen</b> <b>PS 10e</b>	
	Name: _____ geboren am: _____	

*Wir bitten um vollständige Beantwortung aller Fragen; Zutreffendes ankreuzen!*

1. Ist der/die Patient/in gehfähig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
2. Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
3. Ist der/die Patient/in häufig bettlägerig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
4. Besteht dauerhaft Bettlägerigkeit ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
5. Beherrschung des Stuhlabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
6. Beherrschung des Harnabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
7. Ist der/die Patient/in fremder Hilfe bedürftig ?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> bei der Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim zu Bett gehen <input type="checkbox"/> beim Waschen		
8. Ist der/die Patient/in desorientiert ?	<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> person	<input type="checkbox"/> situativ
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ist der/die Patient/in nachts unruhig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> dauernd
10. Wie ist die Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> bedrückt	<input type="checkbox"/> verdrießlich
11. Besondere Eigenschaften	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:		
12. Besteht eine Suchtkrankheit/welche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:		
13. Ist der/die Patient/in körper-und/oder sinnesbehindert, wenn ja, welcher Art?				
14. Liegen geistig-seelische Störungen vor, wenn ja, welcher Art?				
15. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Liegt eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
(siehe § 48 a (2) Bundes-Seuchengesetz)				
16. Diagnose:				
17. Einschätzung der Pflegebedürftigkeit: <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 <input type="checkbox"/> keine				
18. Hinweise und Bemerkungen der/des Ärztin/Arztes:				

Stand: 21.12.2010

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....

**Kommunikation**

☎ 08026 / 97 57-0 Fax 08026 / 97 57 25  
 ✉ Bayrischzeller Str. 3 / 83727 Schliersee  
 💻 [info@st-zeno-schliersee.de](mailto:info@st-zeno-schliersee.de)