

Ärztlicher Fragebogen

AWO Seniorenzentrum Hardtwald
Berliner Ring 8
76344 Eggenstein-Leopoldshafen
(0721) 96 14 06 – 0 Fax: - 1020
sz-hardtwald@awo-baden.de

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Behandelnde Fachärzte:

Name: _____ Fachgebiet: _____ Tel.: _____

Name: _____ Fachgebiet: _____ Tel.: _____

Name: _____ Fachgebiet: _____ Tel.: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ kg

Ist die Antragstellerin/der Antragsteller:

1. Gehfähig ? ☐ ja ☐ nein ☐ nur beschwerlich
2. Ist sie/er bettlägerig ? ☐ ja ☐ nein ☐ häufig
3. Beherrscht sie/er den Stuhlgang ? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
4. Beherrscht sie/er den Uringang ? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
5. Treten Anfälle auf ? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
6. Ist sie/er orientiert ? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
7. Ist sie/er in der Nacht ruhig ? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht immer
8. Leidet sie/er an Suchtkrankheiten ? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche ?

9. Bedarf sie/er fremder Hilfe? ☐ nein
- ☐ beim Essen
 - ☐ beim Waschen
 - ☐ beim Ankleiden
 - ☐ beim Frisieren/Rasieren
 - ☐ auf der Toilette
 - ☐ beim Aufstehen a. d. Bett
 - ☐ beim Lagern zur Nachtruhe
 - ☐ bei:

10. Ist die Antragstellerin/der Antragsteller frei von ansteckenden Krankheiten (auch von Tbc) ?

☐ ja ☐ nein

11. Braucht sie/er einen Rollstuhl ? ☐ ja ☐ nein

13. Hat sie/er einen Herzschrittmacher ? ☐ ja ☐ nein

14. Ist sie/er weglauftendierend ? ☐ ja ☐ nein

14. Welche Medikamente sind verordnet (Dosierung) ?:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

15. Diagnose:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

16. Ärztliche Betreuung wird weiterhin übernommen : ☐ ja ☐ nein

17. Bemerkungen des Arztes:

17. Ist sie/er von ihrer/seiner Heimaufnahme informiert? ☐ ja ☐ nein

_____, den _____

(Stempel und Unterschrift des Arztes)