



Arbeitsfeld Caritas-Altenzentren

Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zum Einzug

(Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. ankreuzen)

1. Zu- und Vorname:			
2. Geburtsdatum:			
3. Anschrift:			
4. Gehfähig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		5. Bettlägerig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6. Besteht Stuhlinkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		7. Besteht Harninkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Liegen Einschränkungen der Gedächtnisleistungen oder der Orientierung vor? Welche?			
zeitlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		örtlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
persönlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		situativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
9. Nächtliche Unruhe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
10. Suizidgefahr? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		11. Bestehen Suchtkrankheiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
.....			
12. Bestehen ansteckende Krankheiten, Lungentuberkulose (gemäß §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz) oder multiresistente Erreger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?			
.....			
13. Wie ist der Impfstatus COVID-19?			
14. Bestehen körperliche Behinderungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (bitte beschreiben)			
15. Welche Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfe) werden verwendet?			
16. Liegen sonstige Verhaltensauffälligkeiten (z.B. „Weglaufgefährdung“) vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?			
.....			

17. Sind Allergien bekannt?

nein ja, welche?

18. Diagnosen:

.....
.....
.....
.....

19. Welche Kostformen, Diäten sind erforderlich?

.....

20. Welche Behandlungspflege ist erforderlich?

.....
.....

21. Welche Arzneimittel werden regelmäßig eingenommen?

Medikament	morgens	vorm.	mittags	nachm.	abends	nachts

22. Bemerkungen

.....
.....
.....

.....
Ort

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes

Ablage: Kunden-Akte Verwaltung, Kopie Kunden -Akte WG