



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß
und kreuzen Sie zutreffende Angaben an.

Seniorenpflegeheim Am Gutspark
Am Gutspark 1 · D-30539 Hannover
☎ 05 11 89 88 05-0 · Fax 05 11 89 88 05-29
✉ gutschpark@seniorenwerk.de
www.seniorenwerk.de

Persönliche Daten

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort

Hilfsbedürftigkeit

Benötigt Hilfe beim	nein	gelegentl.	häufig	dauernd		nein	gelegentl.	häufig	dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An-/Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auffälliges Verhalten

Orientierung	<input type="radio"/> zeitlich orientiert	<input type="radio"/> örtlich orientiert	<input type="radio"/> persönlich orientiert	<input type="radio"/> situativ orientiert
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Liegt Bettlägerigkeit vor?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		

Inkontinenz

Art der Inkontinenz	Stress bedingt	Drang bedingt	Reflex bedingt	Überlauf bedingt	extraurethal
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seelische Verfassung

Wie ist die Gemütsstimmung?

Suchtkrankheiten

Bestehen Suchtkrankheiten?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja (Welche?)
----------------------------	----------------------------	------------------------------------

Körperliche Behinderungen

Bestehen körperliche Behinderungen?

nein

ja (Welche?)

Psychische Störungen

Bestehen psychische Störungen?

nein

ja (Welche?)

Ansteckende Krankheiten

Bestehen ansteckende Krankheiten?

nein

ja (Welche?)

Diagnose

Beschreibung.

Vorgeschichte und bisheriger Verlauf

Beschreibung.

Medikamente

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ernährung

Ist Diätkost erforderlich?

nein

ja (Welche?)

Ist Schonkost erforderlich?

nein

ja (Welche?)

Weitere Hinweise

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes