

	Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH	
	<b>Seniorenresidenz "Im Park"</b>	

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Bewohnereinzug

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Name <small>(Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)</small>			
2. Vorname(n) <small>(Rufnamen unterstreichen)</small>			
3. Geburtsdatum			
4. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Ständig bettlägrig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung d. Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Beherrschung d. Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
10. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren / Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Positionswechsel	
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> künstliche Ernährung	
11. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
14. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
15. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
17. Körperliche Behinderungen? <small>(Welcher Art?)</small>			
18. Psychische Störungen? <small>(Welcher Art?)</small>			
19. Diagnose(n)			
20. Hat der Patient ansteckende Krankheiten? <small>( Genaue Bezeichnung)</small>			
21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:			

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------