III Ärztlicher Fragebogen

SCHMÖLLNER HEIM
BETRIEBSGESELLSCHAFT mbH

Dieses Formular ist ausschließlich vom Hausarzt auszufüllen!

Angaben zur Person

Name	Familienname	Vorname(n) *Rufname bitte unterstreichen*
Geburtsdatum		

Anamnese

Ist der Patient gehfähig?	☐ ja	☐ nein	
Treppensteigen möglich?	☐ ja	☐ nein	
Ist Patient häufig bettlägerig?	☐ ja	☐ nein	
Beherrschung des Stuhlgangs?	☐ ja	☐ nein	
Beherrschung des Urinabgangs?	☐ ja	☐ nein	
PEG/PEJ-Träger?	☐ ja	☐ nein	
Zeitlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
Örtlich orientiert?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer
Nachts ruhig?	☐ ja	☐ nein	☐ nicht immer

Wichtige dementielle Besonderheiten?

_____

_____

_____

Gemütsstimmung?	☐ willig	☐ nicht kooperativ	☐ depressiv	
Gefährliche Eigenschaften?	☐ ja	☐ nein		
Suchtkrankheiten?	☐ ja	☐ nein	Wenn ja, welche?	
Träger eines Dauerkatheters?	☐ ja	☐ nein	☐ suprapubisch	☐ transurethral
Träger eines Tracheostoma?	☐ ja	☐ nein		
Träger eines Anus praeter?	☐ ja	☐ nein		
Herzschrittmacher vorhanden?	☐ ja	☐ nein		

III Ärztlicher Fragebogen

SCHMÖLLNER HEIM
BETRIEBSGESELLSCHAFT mbH

Körperliche Behinderungen?

_____

_____

Geistig-seelische Behinderung oder Störung?

_____

_____

Ist Patient fei von Tuberkulose?	☐ ja ☐ nein
Ist Patient fei von ansteckenden Krankheiten nach §36 IfSG?	☐ ja ☐ nein Wenn nein, welche?
	☐ Hep. A ☐ Hep. B ☐ Hep. C ☐ AIDS ☐ MRSA ☐ CoV-19
	andere:
Vorliegen besonderer Krankheiten	☐ Allergien ☐ Implantate
	☐ Diabetes ☐ Kriegsverletzungen

Weitere Diagnosen

_____

_____

Welche Medikamente/Verordnungen müssen verabreicht werden?

früh	
mittag	
abends z. Nacht	
bei Bedarf	

Ist eine spezielle Kostform erforderlich?

_____

_____

Letzten Impfungen mit Datum

Tetanus	am:	**Diphterie**	am:	
Influenza	am:	**TBC**	am:	
Pneumokokken	am:	**CoV-19**	am:	Wirkstoff:
andere Impfungen				

III Ärztlicher Fragebogen

Hinweise/Bemerkungen

_____

_____

_____

_____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift