

## Ärztlicher Fragebogen

|  |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme für das<br/>Haus St. Raphael</b><br><br>Strüverweg 3a, 52070 Aachen<br>Tel 0241/18282-0 Fax 0241-18282-59 |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>1. Vor- und Nachname</b>  |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Geburtsdatum</b>  |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>2. Benötigt der/die Aufzunehmende/r Hilfe beim...?</b>  |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|  | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |   | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |                          |
| Gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Frisieren                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Treppensteigen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aufstehen                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Essen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zu Bett gehen                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Waschen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benutzen der Toilette                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Ankleiden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>3. Ist der/die Aufzunehmende/r orientiert?</b>  |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|  | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |   | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |                          |
| <b>Persönlich</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>4. Treten Nachts Unruhezustände auf?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>Zeitlich</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Örtlich</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>situativ</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>5. Liegt eine Inkontinenz vor?</b>  | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  | <b>6. Liegt Bettlägerigkeit vor?</b>        | Nein                     | Gelegentlich             | Häufig                   | Dauernd                  |                          |
| Harninkontinenz  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhlinkontinenz   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>7. Wie ist der Ernährungszustand?</b>   |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>8. Ist Diät/ Schonkost/Aufbaukost erforderlich? Wenn ja, welche?</b>  |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>9. Ist eine Anordnung der täglichen Flüssigkeitszufuhr erforderlich? Wenn ja, welche Menge/ Maßnahmen sind zu berücksichtigen?</b>                                    |                          |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                          |                          |

|  |        |  |         |        |        |
|--|--------|--|---------|--------|--------|
| <b>10. Gibt es Beeinträchtigungen bei der Nahrungsaufnahme, Schluckstörung, Nahrungsverweigerung, Bewusstseinstäubung?</b> |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
| <b>11. Wie ist der Gemütszustand?</b>  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
| <b>12. Besteht eine Suchtkrankheit?</b>  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
| <b>13. Besteht eine körperliche Behinderung?</b>   |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
| <b>14. Liegen psychische Störungen vor?</b>  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
| <b>15. Warum wird eine stationäre Pflege für nötig gehalten?</b>   |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
| <b>16. Diagnosen</b>   |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
| <b>17. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</b>   |        | morgens                                    | mittags | abends | nachts |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
|  |        |  |         |        |        |
| <b>18. Bestehen ansteckende Krankheiten, wie TBC?</b>  |        |  |         |        |        |
| <b>19. Hinweise / Bemerkungen</b>  |        |  |         |        |        |
| <b>Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person</b>                               | Ort:   | <b>Stempel und Unterschrift des Arztes</b> |         |        |        |
|  | Datum: |  |         |        |        |