

Ärztlicher Fragebogen

Name/VornameGeburtsdatum

Ist Bewohner gehfähig? ja ☐ nein ☐ mit Hilfsmittel/Unterstützung ☐

Welche Hilfsmittel?

Treppensteigen? ja ☐ nein ☐ vorübergehend ☐

Inkontinenz Urininkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz ☐

Tag ☐ Nacht ☐

Katheter ja ☐ nein ☐

PEG – Sonde? ja ☐ nein ☐

Allergien ja ☐ nein ☐

Worauf

Medikamentenplan ja ☐ wird nachgereicht ☐

Orientierung zur Person zur Zeit zum Ort

ja ☐ ☐ ☐

teilweise ☐ ☐ ☐

nein ☐ ☐ ☐

Depressionen ja ☐ nein ☐

Aggressionen ja ☐ nein ☐

Suchterkrankung ja ☐ nein ☐

Infektionen ja ☐ nein ☐

Hautzustand

Diabetes ja ☐ nein ☐

Insulinpflichtig ja ☐ nein ☐ Insulin.....

Name, Vorname.....

Patientenverfügung:

Religiöse und Spirituelle Wünsche

- Zuständiges Pfarramt
- Religionsbekenntnis
- Seelsorge erwünscht ja ☐ nein ☐
- Kommunion ja ☐ nein ☐
- Pfarrer Tel.Nr.
- Sonstiges

Bestattungswünsche

- Bestatter
- Wo wird Aufgebahrt
- Sonstiges

Sonstige Angaben und Bemerkungen

.....
.....

Datum, Unterschrift HL

.....

Datum, Unterschrift Bewohner

.....