

Ärztlicher Fragebogen

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

Hospitalstiftung Bayreuth

Hospitalstift Bayreuth

Alten- und Pflegeheim, Kurzzeitpflege

Lisztstraße 21, 95444 Bayreuth

Tel.: (0921) 76439-0, Fax: (0921) 76439-200

1. Vor- und Zuname _____

2. Geburtstag _____

3. Ist Pat. gehfähig?

 ja nein

Impfstatus: _____

4. Treppensteigen möglich?

 ja nein

5. Ist Pat. häufig bettlägerig?

 ja nein

6. Ständig bettlägerig?

 ja nein

7. Beherrschung des Stuhlabgangs?

 ja nein

8. Beherrschung des Urinabgangs?

 ja nein

9. Fremder Hilfe bedürftig?

 beim Essen beim Ankleiden beim Aufstehen aus dem Bett beim Benutzen der Toilette beim Waschen beim Frisieren/Rasieren beim Lagern zur Nachtruhe bei _____

10. Örtlich orientiert?

 ja nein nicht immer

11. Zeitlich orientiert?

 ja nein nicht immer

12. Nachts ruhig?

 ja nein nicht immer

13. Gemütsstimmung?

 willig freundlich verdrießlich

14. Gefährliche Eigenschaften?

 nein ja, welche? _____

15. Suchtkrankheiten?

 nein ja, welche? _____

16. Körperliche Behinderung(en) -Art-

17. Geistige-seelische Behinderung oder Störung -Art-

18. Diagnose

19. Ist Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC, Hepatitis, HIV)? _____

20. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

_____ den _____ 20_____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____