

Ärztlicher Fragebogen (Haus-/Facharzt)	⇒ Vollstationär	 Stiftung Zivilhospital Altenzentrum Oppenheim www.altenzentrum-oppenheim.de	QM Nr.
	⇒ Kurzzeitpflege		
	◇ Tagespflege		

Jakob-Steffan-Platz 1
55276 Oppenheim

Tel: 06133/9440-0
Fax: 06133/57299-55
E-Mail: raaz@az-opp.de

Bitte alle Fragen beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen. Fragebogen – wenn notwendig – im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Patientenpersonalien

Name: _____ Plz, Wohnort: _____
 Vorname: _____ Straße: _____
 Geb.-Datum: _____ Geb.-Name: _____
 Krankenkasse: _____ Mitgliedsnr.: _____

Diagnosen: _____

bisherige Therapie: _____

bisherige Medikamentierung

Medikament	morgens	Mittags	abends	zur Nacht

Orientierung	Ja	Nein	nicht immer
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglaufgefährdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz Urin? Ja Nein nur Nachts
 Inkontinenz Stuhl? Ja Nein nur Nachts

Gefährliche Eigenschaften Nein Ja, welche? _____

Suchtkrankheiten Nein Ja, welche? _____

Allergien Nein Ja, welche? _____

frei von anst. Krankheiten Ja Nein

auch gem. § 36 (4) IfGS (TBC) Ja Nein Befund vom: _____

frei von **MRSA** Infektion? Ja Nein

frei von anderen Infektionen z.B. Hepatitis ... Ja Nein, welche? _____

Ärztlicher Fragebogen (Haus-/Facharzt)	⇒ Vollstationär	 Stiftung Zivilhospital Altenzentrum Oppenheim www.altenzentrum-oppenheim.de	QM Nr.
	⇒ Kurzzeitpflege		
	◇ Tagespflege		

Besteht eine körperliche **Behinderung bzw. Bewegungseinschränkung?**

Sehfähigkeit ohne Einschränkung Lesebrille Sehbrille
Hörfähigkeit ohne Einschränkung _____
Sprechfähigkeit ohne Einschränkung _____

	Ja	Nein
ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Rollstuhl angewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen / Amputationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige **körperliche Behinderungen** _____

Konzentrationsfähigkeit ohne Einschränkung mäßig beeinträchtigt deutlich beeinträchtigt

Merkfähigkeit/ Gedächtnis ohne Einschränkung mäßig beeinträchtigt deutlich beeinträchtigt

Gemütsstimmung (seelische Verfassung) gelegentlich durchgängig

willig / zugewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freundlich / ausgeglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gereizt / abweisend / verdrießlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressiv / zurückgezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aggressive Affektdurchbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten Unruhezustände auf (z.B. nächtliche Unruhe)? Nein Ja; wenn Ja, sind die Ursachen dafür bekannt? _____

Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Psychiatrische Diagnose):

Ernährung

Diät: Ist eine Diät erforderlich? Nein Ja, welche: _____

Bleibt die **ärztliche Versorgung** im Altenzentrum Oppenheim durch den unterzeichnenden Arzt weiter bestehen? Ja Nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort, Datum _____

Unterschrift / Stempel des Arztes _____