



Therapiezentrum in Rickert

Dorfstraße 48
 24782 Rickert
 Tel. 04331-346 0 Fax 04331-346 122
 www.therapiezentrum-in-rickert.de
 information@therapiezentrum-in-rickert.de

Eingangsstempel

Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

Vor- u. Zuname									
Geburtsdatum		Krankenkasse							
Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim:									
	Nein	Gelegentl.	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentl.	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<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 (aus dem Bett)	<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"/>					
Ist der/die Patient/in									
Zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Persönlich Desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der/die Patient/in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ Desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Liegt Inkontinenz vor?									
(Stuhlinkontinenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
(Harninkontinenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Bestehen ansteckende Krankheiten, wie z.B. MRSA od. ESBL ?	negativ <input type="checkbox"/>	Befund ausstehend <input type="checkbox"/>	nicht untersucht <input type="checkbox"/>	positiv (wenn positiv: welche) <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	--	---	---

Wie ist die Gemütsstimmung?	
Besteht eine Suchtkrankheit?	
Besteht körperliche Behinderung?	
Liegen psychische Störungen vor?	

Diagnosen			Seit wann?
Neurologische Symptome			
Symptomatik	Beatmung:	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Tracheostoma:	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Vegetativ stabil:	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	PEG:	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/>
	Blasenkatheter:	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Überwachung:	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist Diät/Schonkost erforderlich?			
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?			
Dekubitus?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Allergien?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Herzschrittmacher?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Sondennahrung?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Schluckstörungen?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Infektionen?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Raucher?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Sehfähigkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Lesen/schreiben?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Deutsche Sprachkenntnisse?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hinweise, Bemerkungen			

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes
Ort, Datum	