**FB Ärztlicher Fragebogen** (anlässlich der Anmeldung)

**DRK-Seniorenzentrum**

**Telefon:**

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Anschrift

1. Diagnose

Nein Gelegentlich Dauernd Nein Gelegentlich Dauernd

**3**. Benötigt **4**. Ist der/die Patient/in

 der/die Patient/in

 Hilfen beim: zeitlich orientiert? [ ]  [ ]  [ ]

 Gehen [ ]  [ ]  [ ]  örtlich orientiert? [ ]  [ ]  [ ]

 Treppensteigen [ ]  [ ]  [ ]  persönlich orientiert? [ ]  [ ]  [ ]

 Essen [ ]  [ ]  [ ]  situativ orientiert? [ ]  [ ]  [ ]

 Waschen [ ]  [ ]  [ ]

 Ankleiden [ ]  [ ]  [ ]  **5**. Treten nachts

 Frisieren/Rasieren [ ]  [ ]  [ ]  Unruhezustände auf? [ ]  [ ]  [ ]

 Aufstehen [ ]  [ ]  [ ]

 aus dem Bett

 Zu Bett gehen [ ]  [ ]  [ ]  **6**. Ist der/die Patient/in

 Benutzen der Toilette [ ]  [ ]  [ ]  bettlägerig? [ ]  [ ]  [ ]

**7**. Liegt Inkontinenz vor? ja [ ]  nein [ ]  Stuhlinkontinenz [ ]  Harninkontinenz [ ]

**8**. Wie ist die Gemütsstimmung

 (die seelische Verfassung)?

**9**. Besteht eine Suchtkrankheit

 (wenn ja, welche)?

**10**. Besteht körperliche Behinderung

 (wenn ja, welcher Art)?

**11**. Liegen psychische Störungen vor?

 (wenn ja, bitte Zusatzfragebogen ausfüllen)

**12**. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc) ja [ ]  nein [ ]

**13**. Welche Medikamente werden

 verordnet? BTM?

**14**. Welche Therapien werden verordnet? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Physikalische Therapie

Krankengymnastik med. Bäder Massagen Fango Heißluft

Belastungsstufe leicht **[ ]**  mittelschwer **[ ]**  schwer **[ ]**

**15**. Wird Diät verordnet? (bei Diabetes, purinarm, bei Allergien/Unverträglichkeiten)

**16. Liegt ein Impf-/ Genesenenstatus** **vor**? ja [ ]  nein [ ]

1. Impfung am: …………………………………………………… mit: …………………………………………..

 2. Impfung am: …………………………………………………… mit: ………………………………………….

 Genesenennachweis vom: ………………………………………

Erhalt einer weiteren Impfdosis am: …………………………… mit: …………………………………………...

**17**. Hinweise, Bemerkungen

Diese Angaben beruhen Stempel und Unterschrift des Arztes

auf einer persönlichen Untersuchung

der aufzunehmenden Person

Ort

Datum