



# Seniorenzentrum St. Peter Mülheim-Kärlich

## Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname:

Geburtsname:  Geburtsdatum:

Ist der/die Patient/in gehfähig? ja  nein

Ist der/die Patient/in häufig bettlägerig? ja  nein

Urininkontinenz? ja  nein

Stuhlinkontinenz? ja  nein

Benötigt der/die Patient/in Hilfe bei folgenden Tätigkeiten?

Essen/Trinken  An/Auskleiden

Toilettengang  Körperpflege

sonstige Hilfe:

Ist der/die Patient/in orientiert? zeitlich  ja  nein  teils

örtlich  ja  nein  teils

nachts  ja  nein  teils

Gemütsstimmung: freundlich/willig  verdrießlich

Suchterkrankung:  nein ja, welche?

Gefährliche Eigenschaften:  nein ja, welche?

Körperliche Behinderungen:

Liegt ein Dekubitus vor?  ja  nein

Geistig-seelische Behinderungen:

Diagnosen:

Frei von ansteckenden Krankheiten (TBC, MRSA)?  ja  nein wenn nein, welche?

Medikamente:

Ort/Datum:  Unterschrift/Stempel: