

# Ärztlicher Fragenbogen zur Anmeldung im Pilgerheim Weltersbach

(Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Weltersbach 9 42799 Leichlingen  
Telefon: 02174/73070 FAX: 02174/730718

Eingegangen am: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 19 \_\_\_\_

**Bitte machen Sie Angaben zu benötigten Hilfestellungen**

|                              | Nie                      | Selten                   | Häufig                   | Immer                    |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppen steigen              | <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"/> |
| Waschen                      | <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"/> |
| Frisieren/Rasieren           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen/zu Bett gehen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist der Patient Bettlägerig? | <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"/> |

Diagnosen / Körperliche Behinderung / geistig-seelische Störungen: \_\_\_\_\_

Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, MRSA) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Liegen Infektionen oder Suchtkrankheiten vor? \_\_\_\_\_  
Liegt Diabetes vor? \_\_\_\_\_

**Wie ist der/die Patient/in orientiert?**

|                                  | Nie                      | Selten                   | Häufig                   | Immer                    |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich desorientiert           | <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"/> |
| situativ 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"/> |

Medikamente: \_\_\_\_\_

**Liegt Inkontinenz vor**

|                  | Nie                      | Selten                   | Häufig                   | Immer                    |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

Hinweise, Bemerkungen, Z.B.: Allergien \_\_\_\_\_

**Mahlzeiten**

Diät/Schonkost: \_\_\_\_\_  
Nahrungs- oder Flüssigkeitsbeschränkung \_\_\_\_\_  
Sondenkost: \_\_\_\_\_

**Besondere Pflege**

Wundpflege: \_\_\_\_\_  
Dekubitus: \_\_\_\_\_  
chronische Schmerzen: \_\_\_\_\_  
Lähmungen: \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Datum, Stempel, Unterschrift**