DIAKONIEWERK WELTERSBACH
LEICHLINGEN

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung im Diakoniewerk Weltersbach

(Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen)

Weltersbach 9 42799 Leichlingen
Tel.: 02174 730 714 FAX: 02174 730 565

Eingegangen am: _____

Vor- und Zuname_____ **geb. am:** ____. ____. _____

Benötigte Hilfestellungen

	Nie	Selten	Häufig	Immer
Gehen				
Treppen steigen				
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Frisieren/ Rasieren				
Aufstehen/ zu Bett gehen				
Ist der Patient bettlägerig?				
Benutzen der Toilette				

Wie ist der/die Patient/in orientiert?

	Nie	Selten	Häufig	Immer
zeitlich orientiert				
örtlich orientiert				
persönlich orientiert				
situativ orientiert				
Unruhezustände nachts				

Inkontinenz

Stuhlinkontinenz:				
Harninkontinenz:				

Mahlzeiten

Diät/Schonkost: _____

Nahrungs- oder Flüssigkeitsbeschränkung _____

Sondenkost: _____

Besondere Pflege

Wundpflege: _____

Dekubitus: _____

chronische Schmerzen: _____

Lähmungen: _____

Sonstiges: _____

Diagnosen / Körperliche Behinderung / geistig-seelische Störungen: _____

- **Bitte aufführen:**
  - **ansteckende Krankheiten**
  - **Infektionen**
  - **Suchtkrankheiten**
  - **Diabetes**

Medikamente:_____

Hinweise, Bemerkungen, _____

z. B. Allergien_____

Datum, Stempel, Unterschrift