

- Altenzentrum St. Johannes**  
Kirchplatz 5, 56727 Mayen
- Altenzentrum St. Wendelinus**  
Zur Schweiz 20, 54516 Wittlich
- Altenzentrum Mittelmosel St. Nikolaus**  
Stiftsweg 2, 54470 Bernkastel-Kues
- Altenzentrum Mittelmosel Kloster zur Heiligen Familie**  
Mandatstraße 6, 54470 Bernkastel-Kues
- Altenzentrum Mittelmosel St. Josef**  
Moselufer 42, 54539 Ürzig



**ST. RAPHAEL**  
Caritas Alten- und Behindertenhilfe

## Ärztlicher Fragebogen

**Patient:**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht zum Zweck der Heimaufnahme.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> häufig	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Urininkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Dauerkatheter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art: _____	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Aktuelle Medikation (ggf. Ausdruck beifügen):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fremder Hilfe bedürftig bei Verrichtung des täglichen Lebens:**

<input type="checkbox"/> bei der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden/Auskleiden
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> beim Waschen
<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim Baden/Duschen
<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> beim Lagern
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett/ zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> _____

**Behandlungspflegerische Maßnahmen:**

\_\_\_\_\_

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg      Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? (auch TBC)  ja  nein

**Diagnosen (ggf. Ausdruck beifügen):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Stempel**

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes