



Geschwister de Haye'sche Stiftung

Karl-Härle-Straße 1 - 5 • 56075 Koblenz-Karthause • Tel.: 02 61- 501-0 • Fax: 02 61- 501-203 • E-Mail: info@dehaye.de • www.dehaye.de

(Vom Hausarzt auszufüllen)

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung im voll- und teilstationären Bereich

Angaben zur Person:

Vorname, Name: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit beim:

	nein	selten	häufig	dauernd
Gehen	<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"/>
Nahrungsaufnahme	<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"/>
Frisieren/ Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung des WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient:

	nein	selten	häufig	dauernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sturzgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Form der Harninkontinenz:

- Stressinkontinenz Dranginkontinenz Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz extraurethale Inkontinenz

Kommunikation:

- Sehfähigkeit nicht eingeschränkt eingeschränkt mit Hilfsmittel: _____
- Hörfähigkeit nicht eingeschränkt eingeschränkt mit Hilfsmittel: _____
- Sprachfähigkeit nicht eingeschränkt eingeschränkt mit Hilfsmittel: _____

Bitte wenden

Abhängigkeit: keine Alkohol Medikamente andere: _____

Kostform: Vollkost Diät Schonkost Zusatznahrung PEG/PJG
 BE (Anzahl:.....)

Gerontopsychiatrische Veränderungen:

nicht vorhanden Abwehrverhalten motorische Unruhe Aggression
 weitere Auffälligkeiten: _____

Behinderungen:

körperlich: _____

geistig: _____

Psychische Störungen:

Wird diese behandelt?

- | | | |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bekannte ansteckende Krankheiten: (z.B. MRSA, HIV, Hepatitis, TBC):

Nein
 Ja, welche _____

Diagnosen:

Hinweise / Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des **Arztes**