



Menschen im Alter GmbH

Purkersdorferstraße 29
79713 Bad Säckingen
Tel. 07761/9994949
Geschäftsführerin
Ute Lurtz
HRB 630875

Ärztlicher Fragebogen

Ihr/e Patient/in Frau/Herr hat sich entschieden, Ihren/Seinen Lebensabend in unserem Haus Sonnhalde in Bad Säckingen Haus Mühle in Herrischried/Atdorf zu verbringen. Wir möchten Sie bitten, uns und Ihrem/r Patient/in, durch krankheitsgeschichtliche Angaben den Start ins neue Zuhause so reibungslos wie möglich zu gestalten.

Im Voraus herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ute Lurtz · Geschäftsführerin

Persönliche Daten

Name Vorname

Anschrift

Geb.-Datum

Diagnose/n

.....

.....

Medikamentöse Behandlung

.....

.....



Allgemeinzustand

| | | | | |
|--------------|---|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Orientierung | über eigene Persönlichkeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | bezüglich der Zeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | situativ | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | örtlich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| Verhalten | Kommunikation möglich | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | depressiv | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | agressiv | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | teilnahmslos | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | Neigung zum Schreien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | Nächtliche Unruhe | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | einsam | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| | kontaktfreudig | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> nein |
| Sprache | Normale Sprache | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| | bei nein, bitte Art der Störung und Kommunikationsmöglichkeiten angeben | | | |

| | | | | |
|-------------|---------------|--------------------------------|-------|-------------------------------|
| Sehvermögen | normal | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | weitsichtig | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | kurzsichtig | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | verbleibend | <input type="radio"/> % rechts | | <input type="radio"/> % links |
| | Brille | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | Kontaktlinsen | <input type="radio"/> rechts | | <input type="radio"/> links |
| | Augenprothese | <input type="radio"/> rechts | | <input type="radio"/> links |

| | | | | |
|-------------|-------------|------------------------------|--|-----------------------------|
| Hörvermögen | schwerhörig | <input type="radio"/> rechts | | <input type="radio"/> links |
| | Hörgerät | <input type="radio"/> rechts | | <input type="radio"/> links |
| | taub | <input type="radio"/> rechts | | <input type="radio"/> links |

| | | | | |
|-----------|------------------|--------------------------|--|----------------------------|
| Kontinenz | Harninkontinenz | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | Stuhlinkontinenz | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |



Allergien

| | | | |
|---------------|---|--------------------------|----------------------------|
| Behinderungen | Gehstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Kontrakturen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Krampfanfälle | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | andere | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | bei ja, kurze Beschreibung von Art und Ausmaß | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gefährdungen | es besteht Selbstgefährdung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | es besteht Fremdgefährdung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | es besteht erhöhte Sturzgefahr | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | Weglauff Tendenz vorhanden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | es besteht Suizidgefahr | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | ansteckende Krankheit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| bei ja, kurze Beschreibung von Art und Ausmaß | | | |

| | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| Abhängigkeiten und Suchten | sind nicht bekannt | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | sind nicht bekannt | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | bestehen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | bei ja, kurze Beschreibung von Art und Ausmaß | | |



| | | | | |
|-----------|--------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Mobilität | völlig mobil | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | Rollstuhl | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | Aufstehen | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |
| | bettlägrig | <input type="radio"/> zeitweise | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> dauernd |
| | Stehen | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |
| | Gehen | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |
| | Sitzen | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfsmitt. | <input type="radio"/> nicht möglich |
| | Treppenst. | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |

| | | | | |
|--------------|------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Körperpflege | völlig selbstst. | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | Waschen | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |
| | Duschen | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |
| | Baden | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |
| | Frisieren | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |
| | Rasieren | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |

| | | | | |
|-----------|---------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Ernährung | Nahrungsaufn. | <input type="radio"/> selbstständig | <input type="radio"/> mit Hilfe | <input type="radio"/> nicht möglich |
|-----------|---------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

| | | | | |
|----------|---------------|--------------------------|--|----------------------------|
| Kostform | Normalkost | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | Schonkost | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | Diabetes-Diät | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |
| | Sondernahrung | <input type="radio"/> ja | | <input type="radio"/> nein |

Ergänzende Angaben

.....

Ort, Datum Unterschrift

Praxisstempel