



# 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