

Haus Wiesental · Hüeseder Straße 123 · 49152 Bad Essen

Haus Wiesental  
Pflege- und Betreuungszentrum GmbH  
Hüeseder Straße 123

**49152 Bad Essen**

**Haus Wiesental**  
Pflege- & Betreuungszentrum  
**Hof Gersmeyer**  
Wohnheim

Hüeseder Straße 123  
49152 Bad Essen

Telefon: 0 54 72 | 9 44 60  
Fax: 0 54 72 | 9 446 44

www.haus-wiesental.de  
info@haus-wiesental.de

## Ärztlicher Fragebogen

(Bitte in Blockschrift oder Schreibmaschine durch den Arzt ausfüllen lassen)

### Personalien des Patienten:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_

### Körperliche Pflegebedürftigkeit:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Benötigt der Patient eine Diät?  
Wenn ja, welche?

Ja       Nein   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist er bettlägerig?

zeitweise       ganz       Nein

Werden Gehilfen benötigt?

Ja       Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Wird ein Rollstuhl benötigt?

Ja       Nein

Ist er Träger eines Dauerkatheters?

Ja       Nein

Besteht eine Urininkontinenz?

Ja       Nein

Form der Inkontinenz:

\_\_\_\_\_

Besteht eine Stuhlinkontinenz?

Ja       Nein

### Benötigt der Patient Hilfe beim:

Gehen?

Ja       Nein

Treppensteigen?

Ja       Nein

Essen?

Ja       Nein

Waschen?

Ja       Nein

Ankleiden?

Ja       Nein

Frisieren / Rasieren?

Ja       Nein

Benutzen der Toilette?

Ja       Nein

Aufstehen aus dem Bett?

Ja       Nein

Zu Bett gehen?

Ja       Nein

**Psychisches Befinden des Patienten:**

Zeitliche Desorientierung?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Örtliche Desorientierung?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Persönliche Desorientierung?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Situative Desorientierung?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

---



---



---

Liegt eine körperliche Behinderung vor?  
Wenn ja, welcher Art?

Ja                       Nein

---



---



---

**Kurze Beschreibung der Persönlichkeit und Stimmung des Patienten**  
(z. B. Charakter, Gewohnheiten, Temperament, Besonderheiten, Gemütsstimmung)

---



---



---



---



---

Besteht eine Suchtkrankheit?  
Wenn ja, welche?

Ja                       Nein

---



---



---

Bestehen ansteckende Krankheiten (z. B. TBC)?  
Wenn ja, bitte genau bezeichnen:

Ja                       Nein

---



---



---

**Medikation:**

**morgens                      mittags                      abends**

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

**Nachtmedikamente:**

---



---



---

