



Marienstift
St.-Anton-Straße 4
97422 Schweinfurt
Telefon: 09721 1735-500
Telefax: 09721 1735-509
marienstift@caritas-einrichtungen.de
www.caritas-einrichtungen.de

Ärztlicher Fragebogen

(ergänzende Anlage zur Anmeldung für das Marienstift)

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort, Straße: _____

Bitte ankreuzen:

	Nie	Selten	Häufig	Immer
1. Benötigt er/die Patient/-in Hilfe beim:				
Gehen?				
Treppensteigen?				
Essen?				
Waschen?				
Ankleiden?				
Frisieren/ Rasieren?				
Aufstehen (aus dem Bett/ zu Bett gehen)?				
Benutzen der Toilette?				

2. Ist der/ die Patient/-in:				
zeitlich desorientiert?				
örtlich desorientiert?				
persönlich desorientiert?				
situativ desorientiert?				

3. Treten Unruhezustände auf?				
Wenn ja, wann?				

	Nie	Selten	Häufig	Immer
4. Ist der/ die Patient/-in bettlägerig?				
5. Liegt Harninkontinenz vor?				
6. Liegt Stuhlinkontinenz vor?				
7. Ist ein Dauerkatheter erforderlich?				

8.) Wie ist die Gemütsstimmung? (seelische Verfassung)

9.) Besteht eine Suchtkrankheit, wenn ja, welche?

Ja

Nein

10.) Bestehen körperliche Behinderungen/ Einschränkungen (wenn ja, welcher Art)?

Ja

Nein

11.) Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

Ja

Nein

12.) Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC (genau bezeichnen)?

Ja

Nein

13.) Diagnose

14.1) Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

14.2) Richten Sie Ihre Medikamente selbst?

Ja

Nein

Mit Hilfe

15.) Ist Diät/ Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?

Ja

Nein

16.) Liegt ein Pflegegrad vor? (wenn ja, welcher Art)

Ja

Nein

17.) Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort/ Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes: