

Von-Galen-Haus gGmbH

Ennigerloher Str. 5

59302 Oelde

Tel: 02522/9346-0

Fax: 02522/934630

E-Mail: kurzzeitpflege@kvg-oelde.de



Von-Galen-Haus

Gemeinsam · Miteinander · Füreinander

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname:	
geborene:	
Geburtsdatum:	

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ist der/die Patient/in	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?	
Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?	
Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welche)?	
Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welche)?	

Von-Galen-Haus gGmbH

Ennigerloher Str. 5

59302 Oelde

Tel: 02522/9346-0

Fax: 02522/934630

E-Mail: kurzzeitpflege@kvg-oelde.de



Von-Galen-Haus

Gemeinsam · Miteinander · Füreinander

Bestehen ansteckende Krankheiten, Allergien ? Wenn ja, welche, worauf?	
Liegen Informationen zu Schmerzen vor?	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
Liegen Informationen zu MRSA vor (wenn ja, welche)?	
Ist eine Diät/Schonkost erforderlich?	
Hinweise und Bemerkungen	

Bitte Diagnosen Blatt beifügen!

Diese Stellungnahme beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------