

<b>Ärztlicher Fragebogen (Haus-/Facharzt)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Vollstationär</b>	 <b>Stiftung Zivilhospital Altenzentrum Oppenheim</b> www.altenzentrum-oppenheim.de	<b>QM Nr.</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Tagespflege</b>		

Jakob-Steffan-Platz 1  
55276 Oppenheim

Tel: 06133/9440-0  
Fax: 06133/57299-55  
E-Mail: raaz@az-opp.de

Bitte alle Fragen beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen. Fragebogen – wenn notwendig – im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

**Patientenpersonalien**

Name: \_\_\_\_\_ Plz, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Name: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**bisherige Therapie:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**bisherige Medikamentierung**

Medikament	morgens	Mittags	abends	zur Nacht

<b>Orientierung</b>	Ja	Nein	nicht immer
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglaufgefährdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Inkontinenz** Urin?  Ja  Nein  nur Nachts  
Inkontinenz Stuhl?  Ja  Nein  nur Nachts

Gefährliche Eigenschaften  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

**Suchtkrankheiten**  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien**  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

**frei von anst. Krankheiten**  Ja  Nein

auch gem. § 36 (4) IfGS (TBC)  Ja  Nein Befund vom: \_\_\_\_\_

frei von **MRSA** Infektion?  Ja  Nein

frei von anderen Infektionen z.B. Hepatitis ...  Ja  Nein, welche? \_\_\_\_\_

<b>Ärztlicher Fragebogen (Haus-/Facharzt)</b>	⇒ <b>Vollstationär</b>	 <b>Stiftung Zivilhospital Altenzentrum Oppenheim</b> www.altenzentrum-oppenheim.de	<b>QM Nr.</b>
	⇒ <b>Kurzzeitpflege</b>		
	◇ <b>Tagespflege</b>		

Besteht eine körperliche **Behinderung bzw. Bewegungseinschränkung**?

Sehfähigkeit  ohne Einschränkung  Lesebrille  Sehbrille  
Hörfähigkeit  ohne Einschränkung \_\_\_\_\_  
Sprechfähigkeit  ohne Einschränkung \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Rollstuhl angewiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen / Amputationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige **körperliche Behinderungen** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Konzentrationsfähigkeit**  ohne Einschränkung  mäßig beeinträchtigt  deutlich beeinträchtigt

**Merkfähigkeit/ Gedächtnis**  ohne Einschränkung  mäßig beeinträchtigt  deutlich beeinträchtigt

**Gemütsstimmung** (seelische Verfassung)  gelegentlich  durchgängig

willig / zugewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freundlich / ausgeglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gereizt / abweisend / verdrießlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressiv / zurückgezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aggressive Affektdurchbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten Unruhezustände auf (z.B. nächtliche Unruhe)?  Nein  Ja; wenn Ja, sind die Ursachen dafür bekannt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Geistig-seelische Behinderung oder Störung** (Psychiatrische Diagnose):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ernährung**

Diät: Ist eine Diät erforderlich?  Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

Bleibt die **ärztliche Versorgung** im Altenzentrum Oppenheim durch den unterzeichnenden Arzt weiter bestehen?  Ja  Nein

**Hinweise und Bemerkungen** des Arztes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel des Arztes \_\_\_\_\_