



# F.K 3.3 Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zur Aufnahme in der

Walter-Geiger-Haus  
Westliche 180, 75172 Pforzheim  
Telefon: 07231 128-777

Tagepflege St. Josef Landhaus für Senioren  
Liebenzeller Straße 28, 75242 Neuhausen-Steinegg  
Telefon (0 72 34) 94 51-0

Um Ihre/n Patientin/en besser kennen zu lernen, bitten wir freundlichst um die Bearbeitung des vorliegenden Fragebogens. Herzlichen Dank.

<b>Vor- und Zuname:</b>		<b>Geburtsdatum</b>			
1. Wie beschreiben Sie die Stimmung bzw. seelische Verfassung?	<input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> aufgeschlossen <input type="checkbox"/> zurückgezogen <input type="checkbox"/> heiter <input type="checkbox"/> traurig <input type="checkbox"/> optimistisch <input type="checkbox"/> pessimistisch <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> euphorisch <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen <input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen <input type="checkbox"/> herausforderndes Verhalten (Kurzbeschreibung): 				
2. Besteht eine Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche?				
3. Besteht eine körperliche Behinderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche?				
4. Liegen psychische Störungen vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche?				
5. Orientierung vorhanden?		<i>ja</i>	<i>zeitweise eingeschränkt</i>	<i>eingeschränkt</i>	<i>nein</i>
	<i>persönlich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>zeitlich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>örtlich</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>situativ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Besteht eine natürliche Einwilligungsfähigkeit <sup>1</sup> (Stand heute)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
7. Bestehen ansteckende Krankheiten?	<input type="checkbox"/> MRE	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> TBC	
	<input type="checkbox"/> sonstige / welche?				
8. Ist Diät oder Schonkost erforderlich?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?			
9. Risiken / Allergien? Weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes.					
10. <input type="checkbox"/> Ein aktueller Medikamentenplan bzw. eine aktuelle Übersicht ärztlicher Anordnungen liegt diesem Fragebogen bei.					
11. <input type="checkbox"/> Eine Auflistung der bisher gestellten Diagnosen liegt diesem Fragebogen bei.					

Vorliegende Informationen beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person:  ja  nein

Ort, Datum

Stempel Praxis und Unterschrift des Arztes

<sup>1</sup> Kann die/der Betroffene die Tragweite ihrer/seiner Entscheidung überblicken?