Haus am Bredberg GmbH
Senioren- und Pflegeeinrichtung
Am Bredberg 2
49143 Bissendorf

Telefon: 0 54 02 | 98 408-0
Fax: 0 54 02 | 98 408-10

www.haus-am-bredberg.de
info@haus-am-bredberg.de

Amtsgericht Osnabrück
HRB 201125
Geschäftsführer:
Ulrich Calmer
Marita Sachse-Onken
IK 510 348 010

Haus am Bredberg GmbH
Senioren- und Pflegeeinrichtung
Am Bredberg 2
49143 Bissendorf

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? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche? _____

Ist er bettlägerig? Zeitweise ☐ Ja ☐ Nein ☐
Werden Gehhilfen benötigt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche? _____
Wird ein Rollstuhl benötigt? Ja ☐ Nein ☐
Ist er Träger eines Dauerkatheters? Ja ☐ Nein ☐
Besteht eine Harninkontinenz? 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 ☐	Zeitweise ☐	Nein ☐
Örtliche Desorientierung?	Ja ☐	Zeitweise ☐	Nein ☐
Persönliche Desorientierung?	Ja ☐	Zeitweise ☐	Nein ☐
Situative Desorientierung?	Ja ☐	Zeitweise ☐	Nein ☐
Liegen psychische Störungen vor?	Ja ☐	Zeitweise ☐	Nein ☐

Wenn ja, welche?

Liegt eine körperliche Behinderung vor? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welcher Art?

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

Besteht eine Suchtkrankheit? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche?

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

Medikation:	**morgens**	**mittags**	**abends**

Nachtmedikamente:

Ärztlicher Befund / Diagnose:

Hinweise, Bemerkungen:

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Dieses Gutachten beruht auf einer
persönlichen Untersuchung des Patienten