

# Martinshof Rothenburg Diakoniewerk



Kirchliche Stiftung bürgerlichen Rechts (Stiftungsverzeichnis LD Dresden Nr. 21-0562)

Martinshof Rothenburg Diakoniewerk, Mühlgasse 10, 02929 Rothenburg OL

## Ärztlicher Fragebogen

**Vorstand:**

Robert Dünnbier

Petra – Edith Pietz

**Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,  
wir bitten Sie diesen Fragebogen auszufüllen, damit wir uns auf die individuelle  
Pflege und Betreuung unserer neuen Bewohnerin/unsere neuen Bewohners  
einstellen können.  
Vielen Dank!**

Fon: 0049 (0)35891 380

Fax: 0049 (0)35891 38 110

info@martinshof-diakoniewerk.de

www.martinshof-diakoniewerk.de

Ärztliche Dienststelle / Arztstempel

Anrede, Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

(Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Benötigt der/die Patient/in Hilfen:

	Nein	gelegentlich	häufig	ständig
beim Aufstehen aus dem Bett oder vom Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der täglichen Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Verrichten der Notdurft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Anlegen orthop. oder anderer Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der/die Untersuchte:

	Nein	gelegentlich	häufig	ständig
ist bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist an das Haus gebunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist Hilfe für hauswirtschaftliche Verrichtungen erforderlich (Kochen, Einkaufen, Wohnung reinigen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<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, welcher Art)

---

Besteht eine körperliche Behinderung?  
(wenn ja, welcher Art)

---

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

---

Bestehen ansteckende Krankheiten?  
(wie z. B. TBC? (bitte genauer bezeichnen))

---

Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsgesetz vor?

ja:

nein:

---

Frei von ORSA ja:  nein:

Frei von MRSA ja:  nein:

---

Diagnosen:

---



Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

Ist Diät/Schonkost erforderlich?

(wenn ja, welcher Art)

---

Hinweise/Bemerkungen/Ergänzungen:

---

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Ärztin / des Arztes