

# Martinshof Rothenburg Diakoniewerk

Kirchliche Stiftung bürgerlichen Rechts (Stiftungsverzeichnis LD Dresden Nr. 21-0562)  
Martinshof Rothenburg Diakoniewerk, Mühlgasse 10, 02929 Rothenburg OL



## Ärztlicher Fragebogen

**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!**

**Vorstand:**  
Robert Dünnbier  
Petra – Edith Pietz

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"/>
bei 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