

Ärztlicher Fragebogen_SAL

Ärztlicher Fragebogen anlässlich einer stationären Aufnahme

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Name der Einrichtung:

St. Albertus Altenheim

Talstraße 31, 51379 Leverkusen

Telefon (02171) 392 -0 • Telefax (02171) 392 -257

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Liegt bei dem/der Patienten/in Inkontinenz vor: JA NEIN

Stuhlinkontinenz Harninkontinenz Katheter SPU / TUK zuletzt gelegt am _____

Liegen Wunden vor? JA NEIN

Therapie: _____

Besteht eine Suchtkrankheit? JA NEIN

Welcher Art? _____

Liegen psychische Störungen vor? JA NEIN

Welcher Art? _____

Besteht eine Hinlauftendenz? JA NEIN

Sind ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC oder MRSA bekannt? JA NEIN

Bitte genau bezeichnen

Diagnosen (Alternativ Ausdruck anhängen)

Medikamentengabe (Bitte Medikamentenbogen beifügen)

Ärztlich verordnete Behandlungspflegen? JA NEIN

Welche? _____

Besteht spezielle ambulant palliative Versorgung? JA NEIN

Welche? _____

Ist Diät/Schonkost erforderlich? JA NEIN

Welcher Art? _____

Künstliche Ernährung? JA NEIN

PEG Portversorgung Trinknahrung (oral eingenommen)

Wird ein Sauerstoff-/Beatmungsgerät benötigt? JA NEIN

Ärztlicher Fragebogen_SAL

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes