

# Ärztlicher Fragebogen



Bitte alle Fragen vollständig beantworten und zutreffendes bitte ankreuzen:

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Johanneshaus Nierstein gGmbH  
Gutenbergstraße 13  
55283 Nierstein  
Telefon 0 6133 960-0  
Telefax 0 6133 960-111  
info@johanneshaus-nierstein.de  
www.johanneshaus-nierstein.de

- |                         |                             |                               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Marcumarpatient      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Demenz               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Weglaufgefahr        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Sturzgefahr          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Insulinpflichtig     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Wunden               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Aggressionsneigung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Suchtprobleme        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Gehfähig             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. ständig bettlägerig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. häufig bettlägerig  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Stuhlinkontinent    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Harninkontinent     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Anmerkung: \_\_\_\_\_

- |                                    |                                 |   |
|------------------------------------|---------------------------------|---|
| 14. fremde Hilfe bedürftig         | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja, bei der Grundpflege                          |
| 15. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |
| 16. Hilfe beim Toilettengang       | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |
| 17. bei der Mobilität              | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |
| 18. Örtlich orientiert             | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer        |
| 19. Zeitlich orientiert            | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer        |
| 20. Nachts ruhig                   | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer        |
| 21. Gemütsstimmung                 | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verdrießlich |
| 22. Auffällige Eigenschaften       | <input type="checkbox"/> ja     | <input type="checkbox"/> nein   |

falls ja welche: \_\_\_\_\_

- |                      |                             |                               |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 23. Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

falls ja welche: \_\_\_\_\_

- |           |                             |                               |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|

falls ja welche: \_\_\_\_\_

24. Körperliche Behinderung  ja  nein  
falls ja welche: \_\_\_\_\_

25. Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

26. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC, MRSA )  
 ja  nein falls nein welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Benötigt der Patient besondere Kostform  ja  nein  
falls ja welche: \_\_\_\_\_

28. Bisherige Therapien / Medikation:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29. Diagnosen und Wunden ( Beschreibung )  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. Bleibt die ärztliche Betreuung und Versorgung im Johanneshaus Nierstein  
durch den unterzeichnenden Arzt weiter bestehen?  
 ja, regelmäßiger Besuch  nein  bei Bedarf  
wenn nein, bitte frühere Arztberichte, Fremdbefunde abgeben.

31. Neuer Hausarzt soll sein: (Name und Anschrift)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. Hinweis und Bemerkung des Arztes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel des Arztes