



Haus Elisabeth - Seniorenzentrum Bohmte GmbH · Postfach 1293 · 49154 Bohmte

Haus Elisabeth  
Seniorenzentrum Bohmte GmbH  
Gartenstraße 12

**49163 Bohmte**

### Ärztlicher Fragebogen

(Bitte in Blockschrift oder Schreibmaschine durch den Arzt ausfüllen lassen)

**Haus Elisabeth**  
Seniorenzentrum Bohmte GmbH  
Gartenstraße 12  
49163 Bohmte

Telefon: 0 54 71 | 95 52 0  
Fax: 0 54 71 | 81 90

www.haus-elisabeth-bohmte.de  
info@haus-elisabeth-bohmte.de

Amtsgericht Osnabrück  
HRB 17351  
Geschäftsführer:  
Ulrich Calmer  
Marita Sachse-Onken  
IK 510 341 536

Volksbank Bramgau-Wittlage eG  
BLZ: 265 639 60  
Konto: 100 1757 700

#### Personalien des Patienten:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_

#### Körperliche Pflegebedürftigkeit:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

Benötigt der Patient eine Diät?  
Wenn ja, welche?

Ja                       Nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist er bettlägerig?

zeitweise       ganz       Nein

Werden Gehilfen benötigt?

Ja                       Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Wird ein Rollstuhl benötigt?

Ja                       Nein

Ist er Träger eines Dauerkatheters?

Ja                       Nein

Besteht eine Urininkontinenz?

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 <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Örtliche Desorientierung?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Persönliche Desorientierung?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Situative Desorientierung?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

---



---



---

Liegt eine körperliche Behinderung vor?  
Wenn ja, welcher Art?

Ja                       Nein

---



---



---

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

---



---



---



---



---

Besteht eine Suchtkrankheit?  
Wenn ja, welche?

Ja                       Nein

---



---



---

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

Ja                       Nein

---



---



---



---

**Medikation:**

	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Nachtmedikamente:**

---



---



---

**Ärztlicher Befund / Diagnose:**

Seite 3/3

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hinweise, Bemerkungen:**

---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Dieses Gutachten beruht auf einer  
persönlichen Untersuchung des Patienten