AlexA Seniorenresidenz **Rostock**

Ärztlicher Fragebogen
Persönliche Daten

Vor- und Zuname:_____

Geburtsdatum:_____ Größe:_____ Gewicht:_____

Ärztliche Diagnosen

_____
_____
_____

Allergien/ Unverträglichkeiten

_____

Impfungen

_____
_____

Infektionskrankheiten

Hepatitis ☐ ja ☐ nein Typ:_____
MRSA/ORSA ☐ ja ☐ nein Bemerkungen:_____
HIV ☐ ja ☐ nein Bemerkungen:_____

Andere Infektionskrankheiten

Wenn ja, welche: _____

Bestätigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Lungen TBC ☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor

Suchterkrankung ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

körperliche Behinderung ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

geistig – seelische Behinderung oder Störung ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche**:** _____

Diät -/ Schonkost ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

Sondennahrung ☐ ja ☐ nein

AlexA Seniorenresidenz **Rostock**

Medikamente (bei Bedarf bitte Zusatzblatt verwenden)

Name des Medikaments	morgens	mittags	abends	nachts

Sehfähigkeit ☐ normal ☐ eingeschränkt ggf. welche :_____
Hilfsmittel _____

Hörfähigkeit ☐ normal ☐ eingeschränkt ggf. welche:_____
Hilfsmittel _____

Sprechvermögen ☐ normal ☐ eingeschränkt
☐ Aphasie Ursache:_____
Verständigung ☐ gut ☐ bedingt ☐ keine

Bewegungsfähigkeit
☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ Lähmung ☐ Kontraktur ☐ sturzgefährdet
Ursache:_____
Hilfsmittel:_____

Schmerzen ☐ akut ☐ chronisch ☐ stabil ☐ instabil
Lokalisation:_____

Dekubitus ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wo und Grad: _____

Angaben zur Orientierung	ja	zeitweise	nein
zur Person	☐	☐	☐
zur Zeit	☐	☐	☐
zum Ort	☐	☐	☐
zur Situation	☐	☐	☐
Unruhezustände	☐	☐	☐
	☐ tagsüber	☐ nachts	

Inkontinenz ☐ Harn ☐ Stuhl ☐ zeitweise ☐ dauernd

_____ _____
Ort/ Datum Unterschrift/ Stempel des Arztes