



HAUS AM BREDBERG
Senioren- und Pflegeeinrichtung

Haus am Bredberg GmbH · Am Bredberg 2 · 49143 Bissendorf

Haus am Bredberg GmbH
Senioren- und Pflegeeinrichtung
Am Bredberg 2

49143 Bissendorf

Haus am Bredberg GmbH
Senioren- und Pflegeeinrichtung
Am Bredberg 2
49143 Bissendorf

Telefon: 0 54 02 - 98 408-0
Fax: 0 54 02 - 98 408-10

www.haus-am-bredberg.de
info@haus-am-bredberg.de

Ärztlicher Fragebogen

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

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

Geschäftsführer:
Marita Sachse-Onken
Ulrich Calmer

Amtsgericht Osnabrück
HRB 201125
IK 510 348 010

Sparkasse Osnabrück
BLZ: 265 501 05
Konto: 844 0 844

IBAN: DE86 2655 0105 0008 4408 44
BIC: NOLADE22XXX



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:

morgens mittags abends

	morgens	mittags	abends
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nachtmedikamente:
