

**Bodelschwingh-Heim
Am Schloßpark**
gemeinnützige Gesellschaft mbH
Bodelschwinghstraße 2, 69469 Weinheim
☎ 06201/94 61-0 ✉ belegung@bodelschwingh-heim.de

Ärztlicher Fragebogen

Frau/Herr Dr. _____

Personendaten

Name Vorname Geburtsdatum

Pflegerrelevante Informationen

- ☐ Wunden: _____ Sturzneigung ☐ ja ☐ nein
- ☐ Diagnose zu chronischen Schmerzen: _____
- ☐ Fraktur: _____
- ☐ Amputation, wo: _____

Infektionserkrankungen (meldepflichtig): HIV ☐ ja ☐ nein Hepatitis ☐ ja ☐ nein Lungen-TBC ☐ ja ☐ nein

Multiresistente Keime: _____

☐ **Demenz:** _____

Angabe zur Orientierung	uneingeschränkt	eingeschränkt	desorientiert
Zur Person	☐	☐	☐
Zur Zeit	☐	☐	☐
Zum Ort	☐	☐	☐
Zur aktuellen Situation	☐	☐	☐
Angabe zum Verhalten	☐ tags unruhig	☐ nachts unruhig	☐ depressiv

Besondere medizinische Bedarfslagen und Therapien

(z.B. trans. oder supra. Dauerkatheter, Stoma, PEG, Port, Tracheostoma, Beatmung, Dialyse, palliative Versorgung, ggf. freiheitsentziehende Maßnahmen etc.)

****Diagnosen bitte als Kopie anhängen, sowie den aktuellen Medikamentenplan mit Unterschrift****

Datum/Ort

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin