

Ärztlichen Fragebogen

(Wywiad lekarski)



Rezydencja Seniora
Edessa
opieka w rodzinnej atmosferze

Vor- und Zunahme:.....
(Imię i Nazwisko)

Anschrift:.....
(Adres)

Geburtsdatum:.....
(Data urodzenia)

Benötigt der Patient Hilfe bei den folgenden Aktivitäten?

(Czy pacjent potrzebuje pomocy przy poniższych czynnościach?)

	nein (nie)	gelegentlich (sporadycznie)	häufig (często)	dauernd (stale)
Gehen (chodzenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen (chodzenie po schodach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen (jedzenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken (picie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen (mycie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege (higiena jamy ustnej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren (fryzjerstwo / golenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/auskleiden (ubieranie i rozbieranie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen - aus dem Bett (wstawanie z łóżka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen (kładzenie się do łóżka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung der Toilette (korzystanie z toalety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern in der Nacht (Zmiana pozycji leżenia w nocy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientierung?

(Orientacja?)

	nein (nie)	gelegentlich (sporadycznie)	häufig (często)	dauernd (stale)
Zeitlich desorientiert (dezorientacja czasowa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich dasorientiert (dezorientacja miejscowa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich desorientiert (dezorientacja osobista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ desorientiert (dezorientacja sytuacyjna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treten nachts Unruhezustände auf? (Czy występuje nocny niepokój?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient Bettlägerig? (Czy pacjent jest leżący?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Weg-/Hinlauftendenzen (Czy występuje możliwość ucieczki?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

(Czy występują zaburzenia higieny ciała?)

	nein (nie)	gelegentlich (sporadycznie)	häufig (często)	dauernd (stale)
Stuhlinkontinenz (nietrzymanie stolca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz (nietrzymanie moczu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der Bewohner: (Czy mieszkaniec ma:)		<input type="checkbox"/> Ja (Tak)	<input type="checkbox"/> Nein (Nie)	
a) einen Katheter (cewnik)		<input type="checkbox"/> Ja (Tak)	<input type="checkbox"/> Nein (Nie)	
b) Eine Anus Praeter (Ileostomia)		<input type="checkbox"/> Ja (Tak)	<input type="checkbox"/> Nein (Nie)	

Wie ist die Gemütsstimmung/seeleliche Verfassung?

(Jaki jest stan umysłu/nastroju?)

.....

.....

.....

Besteht eine Suchtkrankheit?

(Uzależnienia?)

- Nein
(Nie)
- Ja – wenn ja, welcher Art?
(Tak – jakie?)

.....

.....

Besteht eine körperliche Behinderung?

(Czy występuje fizyczna niepełnosprawność?)

- Nein
(Nie)
- Ja – wenn ja, welcher Art?
(Tak – jaka?)

.....

.....

Liegen psychische Störungen vor?

(Czy występują zaburzenia umysłowe?)

- Nein
(Nie)
- Ja – wenn ja, welcher Art?
(Tak – jakie?)

.....

.....

Bestehen ansteckende Krankheiten?

(Czy występują choroby zakaźne?)

- Nein
(Nie)
- Ja – wenn ja, welcher Art?
(Tak – jakie?)
- MRSA ORSA VRE Hepatitis Andere:
(Inne)

Diabetes

(Cukrzyca)

Nein Ja – wenn ja, welcher Art?
(Nie) (Tak – jaka?)

Typ I Typ II Insulin IE:.....
(Insulina)

Kostform

(Diety)

Vollkost Schonkost Diätkost, BE:..... Passierte Kost
(Bez ograniczeń) (lekkostrawna) (Dieta, WW) (Dieta papkowata)

Medikation

(Lekarstwa)

	morgens (rano)	mittags (w południe)	abends (wieczorem)	Nachts (w nocy)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Ort, Datum
(Miejsce, data)

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes
(pieczęć i podpis Lekarza)