

## Senioren- & Pflegeheim

Haus am Wiesengrund

Neuenwegstr. 38

76703 Kraichtal – Oberöwisheim

Tel. 07251 – 96 55-0

Fax. 07251 – 96 55 - 73

E-Mail: [Pfh.Wiesengrund@t-online.de](mailto:Pfh.Wiesengrund@t-online.de)

Internet: [www.pfh-wiesengrund.de](http://www.pfh-wiesengrund.de)



Eingang:

# Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Vor- und Zuname:</b> |  |
| <b>Geburtsdatum:</b>    |  |
| <b>Anschrift:</b>       |  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Ist der Patient gehfähig?</b>                                       | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln   | <input type="checkbox"/> nein           |
| <b>Treppen steigen möglich?</b>  | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung  | <input type="checkbox"/> nein           |
| <b>Besteht Bettlägerigkeit?</b>  | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> gelegentlich       | <input type="checkbox"/> nein           |
| <b>Fremde Hilfe notwendig:</b>   | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen  | <input type="checkbox"/> beim zu Bett gehen | <input type="checkbox"/> beim Waschen   |
|  | <input type="checkbox"/> beim Ankleiden  | <input type="checkbox"/> beim Rasieren      | <input type="checkbox"/> beim Frisieren |
|  | <input type="checkbox"/> bei Medikamente | <input type="checkbox"/> beim Lagern        | <input type="checkbox"/> beim Essen     |
| <b>Liegt Harninkontinenz vor?</b>                                      | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein               | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter  |
| <b>Liegt Stuhlinkontinenz vor?</b>                                     | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein               | <input type="checkbox"/> Anus Praeter   |
| <b>Besteht Weglauftendenz?</b>   | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein               | <input type="checkbox"/> gelegentlich   |
| <b>Schlafstörungen?</b>  | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> häufig             | <input type="checkbox"/> gelegentlich   |
| <b>Freiheitsentziehende Maßnahmen?</b><br>(z.B. Bettgitter, Bauchgurt) | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> häufig             | <input type="checkbox"/> gelegentlich   |
| <b>Gerichtliche Genehmigung liegt vor?</b>                             | <input type="checkbox"/> keine           | <input type="checkbox"/> liegt vor          | <input type="checkbox"/> beantragt      |

|                               |                             |                                      |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Zur Person orientiert?</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht immer | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Örtlich orientiert?</b>    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht immer | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Zeitlich orientiert?</b>   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht immer | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Situativ orientiert?</b>   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nicht immer | <input type="checkbox"/> nein |

|  |                                  |                                      |                                       |                                     |
|--|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Abhängigkeiten?</b>                     | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Nikotin      | <input type="checkbox"/> sonstiges  |
| <b>Kontaktfähigkeit</b><br>(Hören, Sehen)? | <input type="checkbox"/> gut     | <input type="checkbox"/> erschwert   |                                       |                                     |
| <b>Stimmungslage?</b>                      | <input type="checkbox"/> normal  | <input type="checkbox"/> freundlich  | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> schwankend |
| <b>Aggressivität?</b>                      | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> gelegentlich |                                     |
| <b>Ist der Patient ruhig?</b>              |                                  |                                      |                                       |                                     |
| a) Am Tage                                 | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> nicht immer  |                                     |
| b) In der Nacht                            | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> nicht immer  |                                     |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Der Patient ist frei von Tuberkulose?</b>      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Der Patient ist frei von MRSA-Infektionen?</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Sonstige ansteckende Krankheiten?</b>          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Körperliche Behinderungen?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Psychische Behinderung/Störung?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Medikamentenverordnung:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Ist Diät/Schonkost  
erforderlich?**

(wenn ja, welche Art)

ja

nein

**Schluckstörungen?**

ja

nein

Magensonde

**Hinweise,  
Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

Ort:

Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes