

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

Internet: www.pfh-wiesengrund.de



Eingang:

Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> nein
Treppen steigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Bettlägerigkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nein
Fremde Hilfe notwendig:	<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
Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
Liegt Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Anus Praeter
Besteht Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Freiheitsentziehende Maßnahmen? (z.B. Bettgitter, Bauchgurt)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Gerichtliche Genehmigung liegt vor?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beantragt

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

Abhängigkeiten?	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin	<input type="checkbox"/> sonstiges
Kontaktfähigkeit (Hören, Sehen)?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> erschwert		
Stimmungslage?	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> schwankend
Aggressivität?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	
Ist der Patient ruhig?				
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	

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