

Senioren- & Pflegeheim

Haus am Wiesengrund
Neuenwegstr. 38
76703 Kraichtal – Oberöwisheim
Tel. 07251 – 96 55-0
Fax. 07251 – 96 55 - 73
E-Mail: info@pfh-wiesengrund.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? ja nicht immer nein
Örtlich orientiert? ja nicht immer nein
Zeitlich orientiert? ja nicht immer nein
Situativ orientiert? ja nicht immer nein

Abhängigkeiten? Alkohol Medikamente Nikotin sonstiges
Kontaktfähigkeit gut erschwert
(Hören, Sehen)?
Stimmungslage? normal freundlich ausgeglichen schwankend
Aggressivität? ja nein gelegentlich
Ist der Patient ruhig?
a) Am Tage ja nein nicht immer
b) In der Nacht ja nein nicht immer

Der Patient ist frei von Tuberkulose? ja nein
Der Patient ist frei von MRSA-Infektionen? ja nein
Sonstige ansteckende Krankheiten? ja 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