



- Albert-Schweitzer-Haus
- Haus Erthal
- Haus Schönborn

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- u. Zuname:

Geburtsdatum:

Patient benötigt Aufnahme in:

- offenem Bereich geschlossenem Bereich

Patient benötigt Hilfe bei:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Waschen |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen | <input type="checkbox"/> Trinken | <input type="checkbox"/> Duschen/Baden |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung | <input type="checkbox"/> Frisieren/Kämmen |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden | <input type="checkbox"/> Mund-/Zahnpflege | |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung | | |
| <input type="checkbox"/> Diät: | | |

Besondere Gegebenheiten/Auffälligkeiten:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit/ | <input type="checkbox"/> zeitweise Bettlägerigkeit |
| <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Anus Praeter |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> chron. Wunde |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Sauerstoffapplikation |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Es besteht:

zeitweise

dauernd

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zeitliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Örtliche Desorientierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Depressive Stimmung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Weglauftendenzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Verbale Aggressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Aggressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Suizidgefahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liegen Informationen zu **MRE** vor?

Liegen Informationen zu Schmerzen vor?



- Albert-Schweitzer-Haus
- Haus Erthal
- Haus Schönborn

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Diagnosen:

Medikamentöse Therapie:

Allergien:

Wie ist die Gemütsstimmung?

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> unfreundlich | <input type="checkbox"/> skeptisch |
| <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> wechselhaft | <input type="checkbox"/> misstrauisch |
| <input type="checkbox"/> verdrießlich | <input type="checkbox"/> abweisend | |

Besteht eine körperliche Behinderung?

Hilfsmittel:

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Mobi-Sessel | <input type="checkbox"/> Gehstöcke | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Protektoren/wo? |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> orth. Schuhe | <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> Hörgerät | |

Besondere Hinweise:

Nachweis gemäß § 48a Abs. 2 Bundesseuchengesetz:

Bei dem Bewerber/zukünftigen Heimbewohner liegt keine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane (vgl. § 48a Abs. 2 Bundesseuchengesetz) und auch keine anderen ansteckenden Krankheiten vor.

_____ Datum

_____ Unterschrift/Stempel Arzt

Bitte beachten Sie die Datenschutzhinweise in der Rubrik Aufnahme auf unserer Website!
www.heime-schloss-werneck.de