

Ärztlicher Fragebogen

Version 3

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Heime Schloss Werneck:

Albert-Schweitzer-Haus

Haus Schönborn

Vor- u. Zuname:		
Geburtsdatum:		
Geburtsdatum:		
Patient benötigt Aufnahme im:		
<input type="checkbox"/> offenem Bereich <input type="checkbox"/> 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 <b>MRE</b> vor?		
Liegen Informationen zu Schmerzen vor?		

## Ärztlicher Fragebogen

Version 3

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](http://www.heime-schloss-werneck.de)