

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Patient

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Derzeitiger Aufenthalt _____

1. Diagnosen

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

2. Anamnese

(Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte)

1. _____

2. _____

3. Medikamente

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

4. Pflegebedürftigkeit

4.1 Psychischer Zustand

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit, Desorientierung <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mit ruhigem Verhalten <input type="checkbox"/> mit unruhigem Verhalten <input type="checkbox"/> mit Tendenz zur Aggression <input type="checkbox"/> mit Weglauf-Tendenz <input type="checkbox"/> mit Störungen des Wach- / Schlaf-Rhythmus <input type="checkbox"/> depressiv-passives Verhalten <input type="checkbox"/> depressiv-manisches Verhalten <input type="checkbox"/> paranoid <input type="checkbox"/> Nikotin-Abusus <input type="checkbox"/> Alkohol-Abusus <input type="checkbox"/> Medikamenten-Abusus |
|--------------------------------------|---|

4.2 Physischer Zustand

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung
<input type="checkbox"/> starke Hörbehinderung
<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Unterernährung Kachexie
<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> Urininkontinenz
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> offene Tb
<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> chronische, starke Schmerzen
<input type="checkbox"/> Dekubitus, Grad: _____
<input type="checkbox"/> Insulinpflicht: _____
<input type="checkbox"/> Dauer-Antikoagulation: _____ | |

4.3 Hilfebedürftigkeit

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patient ist auf Hilfe angewiesen bei: | <input type="checkbox"/> Treppen steigen |
| <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden
<input type="checkbox"/> Aufstehen / Zubettgehen
<input type="checkbox"/> Waschen / Baden
<input type="checkbox"/> Einnehmen von Mahlzeiten
<input type="checkbox"/> Benützung der Toilette | <input type="checkbox"/> An- / Auskleiden
<input type="checkbox"/> Patient ist bettlägerig |

4.4 Hilfsmittel

- Gehstock, Gehwagen
- Rollstuhl
- Hörgerät, Brille
- Herzschrittmacher, seit: _____

Bestehen weitere ansteckende Krankheiten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Ist der Patient mit der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung einverstanden?

- Ja Nein

Ort, Datum _____

Unterschrift des Arztes

Stempel

Für eine sorgfältige Bearbeitung danken wir Ihnen herzlich.

Bitte zurückgeben / -senden / -faxen an:

**Pflegeheim Waldblick
Kilian-Weber-Str.6
78315 Radolfzell
Fax 07738-5063**