



SENIORENHEIM JESENWANG

Buchenweg 2

82287 Jesenwang

Telefon 08146 / 770

Telefax 08146 / 7777

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

zur Anmeldung im Seniorenheim Jesenwang

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig; Zutreffendes bitte ankreuzen.

Aufgrund meiner Betreuung als behandelnder Arzt bzw. aufgrund meiner ausführlichen Untersuchung vom _____ treffe ich folgende Aussagen:

1. Persönliche Daten des Bewohners

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Telefon _____
Strasse _____ Gewicht _____
PLZ / Ort _____ Größe _____

2. Pflegegrad (falls bekannt)

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5
 Pflegegrad wurde beantragt am _____ bei _____

3. Ärztliche Diagnose(n)

Diagnose(n) _____

Allergien / Hautkrankheiten / andere Unverträglichkeiten

keine Wenn ja, welcher Art? _____

Ansteckende Krankheiten (Tbc, MRSA, Hepatitis B und C, etc.)

keine Wenn ja, welcher Art? _____

Psychiatrische Erkrankungen _____

Suchtkrankheiten

keine Rauchen Alkohol
 Anderer Art? _____

Diabetes mellitus

Morbus Parkinson

Multiple Sklerose

Dialyse

Antikoagulantieneinnahme

PEG

Blasendauerkatheter

suprapubischer Katheter

Anus praeter

Herzschrittmacher

Trachealkanüle

Amputationen (1)

Ulcus cruris (2)

Dekubiti (3)

Kontrakturen (4)

Lokalisation von 1, 2, 3, 4: _____

4. Hilfsmittel

Gehstock Rollator Rollstuhl Toilettenstuhl
 Wechseldruckmatratze Sauerstoffgerät (ständig) Kontaktlinsen Brille
 Zahnprothese (oben) Zahnprothese (unten) Glasauge Hörgerät
 sonstige Hilfsmittel _____

5. Lähmungen

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemiparese (links) | <input type="checkbox"/> Hemiparese (rechts) | <input type="checkbox"/> Tetraplegie | |
| <input type="checkbox"/> Bein (links) | <input type="checkbox"/> Bein (rechts) | <input type="checkbox"/> Arm (links) | <input type="checkbox"/> Arm (rechts) |

6. Versteifungen / Bewegungseinschränkungen

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schulter (links) | <input type="checkbox"/> Schulter (rechts) | <input type="checkbox"/> Ellenbogen (links) | <input type="checkbox"/> Ellenbogen (rechts) |
| <input type="checkbox"/> Hand / Finger (links) | <input type="checkbox"/> Hand / Finger (rechts) | <input type="checkbox"/> Hüfte (links) | <input type="checkbox"/> Hüfte (rechts) |
| <input type="checkbox"/> Knie / Fuß (links) | <input type="checkbox"/> Knie / Fuß (rechts) | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | |

7. Pflegerische Maßnahmen / Hilfebedarf

- | | | | |
|------------------|---|---|--|
| Gehfähigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |
| Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend/häufig | <input type="checkbox"/> nein |
| Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz (ständig) | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz (teilweise) | |
| | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz (ständig) | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz (teilweise) | |
| Hilfebedarf beim | <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Trinken | <input type="checkbox"/> Waschen |
| | <input type="checkbox"/> Auskleiden | <input type="checkbox"/> Ankleiden | <input type="checkbox"/> Frisieren |
| | <input type="checkbox"/> Rasieren | <input type="checkbox"/> Sitzen | <input type="checkbox"/> Umlagern im Bett |
| | <input type="checkbox"/> Aufstehen a. d. Bett | <input type="checkbox"/> Gehen ins Bett | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette |

8. Orientierungsvermögen, Verhalten, Kommunikation

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Örtliche Orientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Zeitliche Orientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Orientierung zur Person | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Nachts ruhig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Gemütsstimmung | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> böseartig | <input type="checkbox"/> verdrießlich |
| | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> kooperativ | |

- Gefährliche Eigenschaften keine
 Selbstgefährdung Fremdgefährdung

Wenn ja, welcher Art? _____

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Halluzinationen | <input type="checkbox"/> Wahnvorstellung |
| Tendenz zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Bettgitter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Beschluss f. Bettgitter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sturzgefahr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Kommunikation möglich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |

9. Essen und Trinken

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Normal-/ Wunschkost | <input type="checkbox"/> leichte Kost | <input type="checkbox"/> flüssige Kost | <input type="checkbox"/> Diabetes Diät BE ____ |
| <input type="checkbox"/> vegetarische Kost | <input type="checkbox"/> passierte Kost | <input type="checkbox"/> Alkohol-Trinkmenge _____ml | |

10. Pflegebedürftigkeit

- Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor? ja nein
Ist der Einzug in ein Seniorenheim / Pflegeheim notwendig? ja nein

11. Impfungen

- Liegen Impfungen vor? Letzte Impfung am (Jahr)
- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus _____ | <input type="checkbox"/> Diphtherie _____ | <input type="checkbox"/> Pertussis _____ | <input type="checkbox"/> Pneumokokken _____ | <input type="checkbox"/> (Influenza) _____ |
|--|---|--|---|--|

12. Medikamentöse Therapie (Medikament, Dosierung)

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben / Adresse / Telefon / Fax / Praxis o. Stempel