



## 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       Antikoagulantien-Einnahme       PEG  
 Blasendauerkatheter       suprapubischer Katheter       Anus praeter  
 Herzschrittmacher       Trachealkanüle  
 Amputationen (1)       Ulcus cruris (2)       Dekubiti (3)       Kontraktionen (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             | <input type="checkbox"/> keine      | <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung | <input type="checkbox"/> 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?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist der Einzug in ein Seniorenheim / Pflegeheim notwendig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## 11. Impfungen

Liegen Impfungen vor? Letzte Impfung am: (bitte das Jahr angeben)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tetanus _____   | <input type="checkbox"/> Diphtherie _____ | <input type="checkbox"/> Pertussis _____ | <input type="checkbox"/> Pneumokokken _____ |
| <input type="checkbox"/> Influenza _____ | <input type="checkbox"/> Covid-19 _____   |  |   |

## 12. Medikamentöse Therapie (Medikament, Dosierung)

---



---



---

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben / Adresse / Telefon / Fax / Praxis oder Stempel