



ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

zur Anmeldung im Seniorenheim Jesenwang

Tel. 08146/770

Fax. 08146/7777

Email: info@seniorenheim-jesenwang.de

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? _____

<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Antikoagulantieneinnahme	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Blasendauerkatheter	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> Anus praeter
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	
<input type="checkbox"/> Amputationen (1)	<input type="checkbox"/> Ulcus cruris (2)	<input type="checkbox"/> Dekubiti (3) <input type="checkbox"/> Kontrakturen (4)

Lokalisation von 1, 2, 3, 4: _____

4. Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Wecheldruckmatratze	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät (ständig)	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Zahnprothese (oben)	<input type="checkbox"/> Zahnprothese (unten)	<input type="checkbox"/> Glasauge	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> 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 |
| Gefährliche Eigenschaften | <input type="checkbox"/> keine | | <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung |
| | <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung | | |
| | 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 (Jahr)
- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tetanus _____ | <input type="checkbox"/> Diphterie _____ | <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 o. Stempel