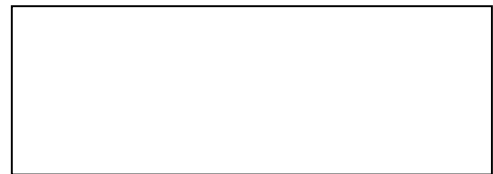


An
Theresien-Seniorenresidenz
GmbH & Co.KG
Leimriether Hauptstraße 05
98646 Hildburghausen/ OT Leimrieth
Tel.: 03685/ 7919-0 FAX: 03685/ 7919- 305
Bezeichnung des Heimes/Anschrift



Eingangsvermerk des Heims

Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme)

Bitte alle Fragen vollständig beantworten!

1. Vor- und Zuname

2. Geboren am:

3. benötigt der/die Patient/in

Hilfe beim	Nein	Unterstützend	Teilweise	Vollständig
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ist der/die Patient/in	Ja	Nein	Gelegentlich
zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Treten nachts Unruhezustände auf? Ja Nein Gelegentlich

6. Ist der/ die Patient/in bettlägerig? Ja Nein Gelegentlich

7. Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz Harninkontinenz
wenn ja, welche Form: Stressinkontinenz Dranginkontinenz
Reflexinkontinenz Überlaufinkontinenz

8. Wie ist die seelische Verfassung/ Gemütsstimmung

9. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn Ja, welche)?

10. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn Ja, welche)?

11. Liegen psychische Störungen vor (wenn Ja, welcher Art)?

12. Diagnosen:

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

14. Ist Diät/Schonkost erforderlich, wenn Ja welcher Art?

15. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten gemäß BseuchG § 48 Abs.2 und § 36 Infektionsschutzgesetz?

TBC JA Nein

Liegt eine Besiedelung durch multiresistente Staphylococcus aureus Stämme(MRSA) vor? Ja Nein

wenn ja, welche Besiedelung nasopharyngeale Leistenegend
 Wundinfektion andere _____

16. Vom M D K festgelegter Pflegegrad

2 3 4 5 nicht bekannt beantragt/ Datum:

Dieser Fragebogen beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes