

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)

Hausarzt: _____

Bitte alle Fragen vollständig beantworten!

Pflegegrad: _____

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 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
Dauerkatheter Stoma

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?

PEG-Sonde

15. Hat der Patient ansteckende Krankheiten? Ja Nein

wenn ja, welche?

Hepatitis

TBC

MRSA

EHEC

3 MRGN

4 MRGN

ESBL

sonstige:

16. Liegt ein Dekubitus vor oder hat der Patient andere Wunden? Ja Nein

Wenn ja, welche und wo?

16. Welche aktuellen Hilfsmittel benutzt der Patient?

Rollstuhl

Rollator

Gehhilfen

Toilettenstuhl

Zahnprothesen

Brille

Hörgeräte

sonstige:

Dieser Fragebogen beruht auf einer persönlichen
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes