



Heiliggeist-Stift Erding

Hiasl-Maier-Straße 9

85435 Erding

Tel. 08122/9997-1002

Fax 08122/9997-1003

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme/Kurzzeitpflege

Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

derzeitiger Aufenthaltsort:

zu Hause

im Krankenhaus

in der Rehaklinik

in einer anderen Pflegeeinrichtung

Sonstiges

Vorgeschichte und Beschwerden

bisherige Krankheiten und Verlauf, Unfallfolgen usw.

Körperlicher Allgemeinzustand

Anfallsleiden

ja

nein

Tumorerkrankung

ja

nein

Sonstige Untersuchungsbefunde (Organe, Bewegungsapparat, Gefäße usw.)

Der Aufzunehmende ist frei von ansteckenden Krankheiten:

wenn nein, welcher Art

 ja nein

Diabetiker:

 ja nein

Therapie:

Sprache:

 normal stark unartikulierte starkes Stammeln seelentaub stottern hörstumm stimmgestört stumm

Gehör:

 normal schwerhörig gehörlos

Hörgerät:

 ja nein

Sehvermögen:

 normal wesentlich behindert blind

Brillenträger:

 ja nein

Geistige Behinderungen, Krankheiten usw.

Zeitlich orientiert:

 ja nein zeitweise nicht

Örtlich orientiert:

 ja nein zeitweise nicht

Personenorientiert:

 ja nein zeitweise nicht

Seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten usw.

desorientiert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
unauffällig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
antriebsarm:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
unruhig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht
weglaufgefährdet:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
suizidal:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
fremdaggressiv:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wahnvorstellungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
depressiv:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

PFLEGEBERICHT

Welche persönlichen Hilfen oder Dienstleistungen benötigt der Aufzunehmende:

Beim Aufstehen:	aus dem Bett:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	vom Stuhl:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Beim Gehen:	im Zimmer:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	beim Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	außerhalb des Hauses:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Bei der Körperpflege:	beim Waschen:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	beim Rasieren:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	beim Frisieren:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	beim Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	sonst.Körperpflege:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Beim Ankleiden:		<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Beim Auskleiden:		<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Beim Essen:	vorrichten:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	eingeben:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	überwachen:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
	Sondennahrung:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie

Beim Aufsuchen der Toilette:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Beim Verrichten der Notdurft:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Beim Anlegen orthopäd.Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
welche:			
Bei der Einnahme von Medikamenten:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Ist der Aufzunehmende bettlägerig:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Harninkontinenz:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Rollstuhlfahrer:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Verlässt der Aufzunehmende noch das Haus:	<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes