

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11
86554 Pöttmes
Tel.08253/9979310
Fax 08253/1622



Ärztlicher Fragebogen *(vom Hausarzt auszufüllen)*

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Name, Vorname:	Geburtsname:
2. Geburtsdatum:	
3. Medizinische Diagnosen: Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sind bei o. g. Patient/in Allergien bekannt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ Liegen Suchterkrankungen vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ Frei von ansteckenden Krankheiten (gem. §48a BSeuchG): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, welche?: _____	
4. Medikamente: Welche Medikamente werden verabreicht? (Falls nicht ausreichend, bitte gesondertes Blatt zufügen) Morgens: _____ Mittags: _____ Abends: _____ Zur Nacht: _____ Nachts: _____	
5. Benötigt der / die Patient/in Hilfen beim	
	Nein Gelegentlich Häufig Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufstehen Bett/Stuhl	<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"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<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"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5. Ist o. g. Patient/in desorientiert zu:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Treffen folgende Aussagen bei o. g. Patient/in zu:

	trifft zu	trifft nicht zu
Tag-/Nachtumkehr, Lauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständige Unruhe, Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlegen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eindringen in fremde Räume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerstören von eigenem oder fremden Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen in fremden Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Liegt eine

gerontopsychiatrische Erkrankung vor:

nein ja, folgende: _____

Demenzkrankung vor:

nein ja, folgende: _____

sonstige psychische Störung vor:

nein ja, folgende: _____

8. Ist o. g. Patient/in nach Ihrer Einschätzung voll geschäftsfähig?

ja nein

9. O. g. Patient/in benötigt fremde Hilfe in Form besonderer Überwachung zur Vermeidung eines Rückfalls oder Verschlechterung des

- Gesundheitszustandes in Form einer Anleitung zu Eigenaktivitäten und Selbstständigkeit
- in Form ständiger Aufsicht wegen Selbstgefährdung bzw. Fremdgefährdung

10. Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist erforderlich aufgrund:

- einer fehlenden Pflegeperson
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegeperson(en)
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung und Vereinsamung o. g. Patient/in
- Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des pflegebedürftigen
- räumlicher Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die die häusliche Pflege nicht ermöglichen

11. Angaben zum körperlichen Zustand:

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11
86554 Pöttmes
Tel.08253/9979310
Fax 08253/1622



Dauerhaft bettlägerig: nein ja, Grund _____
Ernährungszustand: kachektisch normalgewichtig adipös
Flüssigkeitszustand: exsikkiert ausreichend Ödembildung
Ist Diät / Schonkost erforderlich? nein ja, Art: _____
Schluckstörungen: nein ja, Art: _____
Magensonde / PEG: nein ja, seit _____
Dekubitus vorhanden: nein ja, Körperstelle: _____
Dauer-/Blasenkatheter: nein ja, Grund: _____
Stoma: nein ja, Grund: _____
Herzschrittmacher: nein ja, seit _____
Anfallsleiden: nein ja, Art: _____
Seheinschränkungen: nein ja, Art: _____
Höreinschränkungen: nein ja, Art: _____
Fixierung notwendig: nein ja, Art: _____

12. Handelt es sich um einen
 vorübergehenden Zustand
 dauerhaften Zustand
(aus ärztlicher Sicht genehmigt)

13. Bemerkungen bzw. Wünsche von o. g. Patient/in:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Unterschrift Patient/in