

# Wohn- und Pflegeheim Vorderes Stubaital

## Ärztlicher Fragebogen

Dieser Fragebogen bezüglich des Gesundheitszustandes Ihres Angehörigen ist dem jeweiligen Hausarzt oder bei stationärem Krankenhausaufenthalt dem dort Zuständigen Arzt vorzulegen.

Wir bitten Sie als behandelnden Arzt, diesen Fragebogen vollständig zu beantworten. Je ausführlicher und genauer der physische und psychische Zustand unseres zukünftigen Bewohners aufgezeigt wird, umso leichter und problemloser kann eine Aufnahme in unser Haus erfolgen

### Angaben zur Person

Vorname/Name/Titel	geboren am	dzt. Wohnhaft/Anschrift
Versicherungsträger	SVNr.	Hausarzt
Rezeptgebühr	<input type="radio"/> befreit	<input type="radio"/> nicht befreit

Ist oder war in der letzten Zeit eine Pflege zeitweise oder ständig notwendig?  Ja  Nein

Warum ist ein Wohnortwechsel in das Wohn-und Pflegeheim erforderlich?

---

Ist der zukünftige Bewohner über die geplante Heimaufnahme informiert worden?

Ja  Nein

Hat sich der physische und/oder psychische Zustand des zukünftigen Bewohners in letzter Zeit massiv verschlechtert?

Ja  Nein Wenn Ja ,worin? \_\_\_\_\_

**Sind Freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr von Selbst-oder Fremdgefährdung notwendig?**

Ja  Nein Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind Allergien bekannt? (Medikament-und/oder sonstige)**

Ja  Nein Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_

**Befunde**

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_

Kostform  Normalkost

Diätkost  Ja, welche \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Sondennahrung  Ja, welche \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Bes.Kostform  Ja, welche \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

**Angaben zur Orientierung**    uneingeschränkt    eingeschränkt    desorientiert

zur Person                                                           

zur Zeit                                                               

zum Ort                                                                

zur Situation                                                        

**Angaben zum Verhalten**

ausgeglichen     introvertiert     depressiv

tags unruhig     nachts unruhig     Weglauftendenz

Selbstgefährdung  Fremdgefährdung  Wahnvorstellungen

**Liegen Hautdefekte vor? (Ulcus cruris, Decubitus ,usw....)**

Ja  Nein

Wenn Ja , welche? \_\_\_\_\_

**Harn-bzw. Stuhlinkontinenz?**

Ja  Nein

Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_

**Wird der Harn oder der Stuhl über Katheder oder Stoma abgeleitet?**

Ja  Nein

Wenn Ja, über was? \_\_\_\_\_

**Liegen übertragbare Krankheiten oder Krankheitserreger/Parasiten vor?**       Ja  Nein

Wenn Ja , welche? \_\_\_\_\_

**Besteht eine Neigung zu Krampfanfällen?**       Ja  Nein

**Diagnosen**

---

---

**Medikamentöse Therapie**

---

---

**Herzlichen Dank für die sorgfältige Beantwortung der oben angeführten Punkte.**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_