

ASB Seniorenresidenz „Saaleblick“ Walkhoffstraße 1, 06425 Alsleben Tel.: 034692-21296

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____
(PLZ, Ort, Str. und Haus-Nr., Tel.-Nr.)

Gesundheitszustand:

1. Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____ cm

2. Kostform: _____

3. Erforderliche Sonderkost (z.B. Diät, Sondenkost): _____

4. ICD 10 Diagnosen:

- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____
- ▶ _____

5. Ist eine laufende medikamentöse Behandlung erforderlich? ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten?
(z.B. TBC, MRSA, ESBL, Hepatitis) ja nein

7. Besteht ein Alkoholabusus? ja nein

8. Besteht ein Medikamentenabusus?: ja nein

9. Gibt es Allergien/ Unverträglichkeiten?: ja nein

Wenn ja, welche? _____

10. Benötigt der Patient Hilfe beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen				
Treppensteigen				
Essen				
Trinken				
Körperpflege				
Ankleiden				
Aufstehen aus dem Bett				
Zubettgehen				
Rasur				
Benutzen der Toilette				
Einnahme der Medikamente				

11. Ist der Patient orientiert?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich				
örtlich				
persönlich				
situativ				
motorische Unruhe				
auch nachts				

12. Gibt es Einschränkungen bei den Sinnesorganen?

Hörstörungen ja nein

Sehstörungen ja nein

Sprachstörungen ja nein

13. Wann waren die letzten Impfungen?

→ Tetanusimpfung: _____

→ Pneumokokken: _____

→ Gripeschutz: _____

14. Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?

ja

nein

Liegt eine Harninkontinenz vor?

ja

nein

Dauerkatheter vorhanden?

ja

nein

Wenn ja, welche Größe?

15. Welche Hilfsmittel werden bei der Ausscheidung benötigt? _____

16. Besteht ein Dekubitus?

ja

nein

Wenn ja, seit wann und welche Größe?

17. Fachärztliche Betreuung notwendig?

ja

nein

Wenn ja, welche? _____

18. Welche Hilfsmittel werden zur Zeit benötigt? _____

(z.B. Rollstuhl, Rollator, Tracheostoma)

19. Liegt eine Immobilität (bettlägerig) vor ?

ja

nein

20. Behandeln Sie den o.g. Patienten nach Heimeinzug weiter?

ja

nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

→ _____

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des aufzunehmenden Patienten.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes