



72218 Wildberg, Am Spießtor 14

Tel.: 07054 / 9298-0, Fax: 9298-199

72218 Wildberg-Effringen, Fliederweg 3

Tel.: 07054 /93226-0, Fax: 93226-199

72224 Ebhausen, Wetzelsweg 1

Tel.: 07458-511984-0, Fax: 2179942

75387 Neubulach, Untere Torstraße 4

Tel.: 07053-39377-0, Fax: 39377-99

www.Pflegeheim-Wildberg.de

e-mail: info@Pflegeheim-Wildberg.de

Ärztlicher Fragebogen

für die Anmeldung zur Heimaufnahme

Zu- und Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

1. Diagnosen: _____

- 1.1 Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose ja nein
i. S. des § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

wenn ja, hier nähere Angaben: _____

- 1.2 Besiedlung mit multiresistenten Keimen bekannt ja nein
wenn ja, welcher Keim bekannt? _____

- 1.3 Liegen Suchtkrankheiten vor ja nein
wenn ja, bitte kurze Beschreibung: _____

1.4 Medikation

- 1.5 Diät ja nein
wenn ja, welche: _____

2. Ist der Patient
- | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| sehend | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nein |
| hörend | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nein |
| sprechfähig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> nein |
| örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> kaum |
| zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> kaum |
| personenbezogen orientiert | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> kaum |
| situativ orientiert | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> wechselnd | <input type="checkbox"/> kaum |
| urininkontinent | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |
| stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |

3. Benötigte Hilfeleistungen:

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| waschen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| baden oder duschen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| rasieren, frisieren | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| Darm- oder Blasen-entleerung | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| an- und auskleiden | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| Essen einnehmen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| sitzen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |
| gehen | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> totale Übernahme |

4. Hilfsmittel vorhanden: _____

5. Unterbringung:

- Besteht Weglauf-tendenz? ausgeprägt evtl. möglich nein

6. Verhaltensweisen:

- | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| physisch aggressiv gegenüber Anderen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |
| verbale Aggression | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |
| Wahnvorstellungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |
| Antriebslosigkeit, depressive Stimmung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> ja |

Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes