

QM

**Ärztlicher Fragebogen
Heimaufnahme**

**Stephanus
Stift**  **Wohnen und
Pflege im Alter**

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung für Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen

Vor- und Zuname: _____ **geb. am** _____

Wohnort und Straße: _____

Diagnosen: _____

Körperliche Behinderungen: _____

Körperlicher Zustand

- bettlägerig selbständig gehfähig fährt Rollstuhl selbständig
 sitzt im Rollstuhl gehfähig mit Hilfe Kontrakturen

Orientierungsvermögen

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> zeitlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| <input type="checkbox"/> örtlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| <input type="checkbox"/> personell | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| <input type="checkbox"/> situativ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |

Seelische Verfassung

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> euphorisch | <input type="checkbox"/> hyperaktiv |
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> aufgeregt | <input type="checkbox"/> depressiv |

Einnahme von Psychopharmaka

- ja nein regelmäßig gelegentlich

Name des Medikamentes und Dosierung: _____

Suchtkrankheit ja nein

Welche _____

Seit wann _____

Schlafstörungen ja nein

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> schreit tagsüber | <input type="checkbox"/> schreit nachts |
| <input type="checkbox"/> neigt zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> neigt zu aggressivem Verhalten | |

Behandlung durch Neurologen ja nein

Dekubitus

Behandlung: _____

Ausscheidungen

Stuhlgang

normal regelmäßig neigt zu Durchfall Verstopfung

Stuhlinkontinenz

ja nein gelegentlich

Urin

Harninkontinenz

ja nein gelegentlich

Blasenkatheter

ja nein

Ernährungszustand

gut kachektisch adipös exsikkiert

Diät

ja nein

Welche? _____

Ernährung durch PEG ja nein

Insulinpflichtig ja nein

Fremder Hilfe bedürftig

- beim Essen beim Rasieren beim Aufstehen aus dem Bett
- beim Ankleiden beim Frisieren beim Lagern zur Nachtruhe
- beim Waschen beim Benutzen der Toilette

Tbc, MRSA, HIV, Hepatitis A,B oder C: _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Stempel/Datum

Unterschrift

