



Ärztlicher Fragebogen (zur Aufnahme im Seniorenheim St. Afra)

Kurzzeitpflege Vollstationäre Aufnahme

von PDL/EL geprüft (HZ)

NAME VORNAME GEBURTSDATUM PFLEGEGRAD

ÄRZTLICHE DIAGNOSE (MÖGLICHST DEUTSCHE BEZEICHNUNGEN)

DERZEITIGE MEDIKAMENTE

KÖRPERLICHER ZUSTAND

AKTUELLES GEWICHT: _____

KÖRPERGRÖßE: _____

Ist der Patient gehfähig? ja nein mit Hilfe sturzgefährdet
Ist Treppensteigen möglich? ja nein mit Hilfe
Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein
Trägt der Patient Einlagen? ja nein dauernd vorübergehend
Benötigt der Patient ... Dauerkatheter Sub.-Katheter Anus praeter
 Magensonde Nasensonde Trachealkanüle

Besteht Stuhl-Inkontinenz? ja nein dauernd vorübergehend
Besteht Harn-Inkontinenz? ja nein dauernd vorübergehend

Personelle Unterstützung notwendig bei:
 Essen und Trinken Aufstehen aus dem Bett
 Frisieren bzw. Rasieren Waschen Baden
 Ankleiden und Auskleiden Benützen der Toilette
 _____ _____

Hautzustand trocken schuppig feucht
 Hautläsion Dekubitus Ekzem Hämatome
 Wunden:

Körperliche Behinderungen / Sinnesbehinderungen

Welche Hilfsmittel werden
benutzt? Stock Krücken Rollator
 Brille Rollstuhl Orthop. Schuhe
 Hörgerät Nacht-/Toilettenstuhl
 Bein-/Armprothese Zahnprothese oben/unten
 sonstiges _____

Suchtkrankheiten Nikotin Alkohol Medikamente
 sonstiges _____



Ansteckenden Krankheiten? TBC MRSA HIV Hepatitis ____
 Sonstiges _____ Covid positiv

Ernährung Vollkost pürierte Kost Diätkost / Schonkost
 Sondenernährung sonstiges _____

Liegen Allergien / Arzneimittelunverträglichkeiten vor? _____

GEISTIG-SEELISCHER ZUSTAND

Örtlich orientiert ja nein nicht immer
Zeitlich orientiert ja nein nicht immer
Zur eigenen Person orientiert ja nein nicht immer
Zu anderen Personen orientiert ja nein nicht immer
Nachts unruhig ja nein nicht immer

Motorische Unruhe ja nein zeitweise
Hinlauff Tendenz vorhanden ja nein zeitweise

Aggressives Verhalten
gegen sich selbst ja nein zeitweise
gegen andere ja nein zeitweise

Gemütsstimmung freundlich ruhig ausgeglichen
 leicht erregbar depressive Stimmung ängstlich
 Suizidgefahr
 sonstiges _____

Geistig-seelische Behinderungen bzw. Störungen _____

Aktueller Schmerzzustand _____

SONSTIGE WICHTIGE INFORMATIONEN

WICHTIGE INFORMATION AN UNS!

Sie sind derzeit der behandelnde Haus-/Facharzt des Patienten.

Werden Sie bei einer Aufnahme in das Seniorenheim St. Afra auch dort Hausbesuche machen?

ja nein

Für unsere Statistik: Warum wurde unser Haus gewählt?

Ausstattung Lage Zufall Sonstiges _____

Empfehlung durch: Arzt. Angehörige/Bekannte Internet Heimvermittlung

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____