

Ärztlicher Fragebogen

begleitend zur Anmeldung zur Heimaufnahme

im

**Seniorenzentrum „Haus zum guten Hirten“
der Marktgemeinde Reutte**



ANGEHÖRIGENINFORMATION:

Dieser Fragebogen bezüglich des Gesundheitszustandes Ihrer*s Angehörigen ist dem jeweiligen Hausarzt oder bei stationärem Krankenhausaufenthalt dem dort zuständigen Arzt zur Bearbeitung vorzulegen.

ÄRZTEINFORMATION

Wir bitten Sie, als behandelnden Arzt, diesen Fragebogen vollständig zu beantworten. Je ausführlicher und genauer der physische und psychische Zustand des*der zukünftigen Bewohners*in aufgezeigt wird, umso leichter und problemloser kann eine Eingliederung und Aufnahme in das Seniorenzentrum der Marktgemeinde Reutte „Haus zum guten Hirten“ erfolgen.

Nachname (Bei Abweichung auch Geburtsname)

Vorname

Wohnort (PLZ, Ort, Straße, Haus-, Tür-, Topnummer)

SV-Nummer und Geburtsdatum

Pflegegeld Höhe / Stufe

Hausarzt

PVA – Pensionsversicherung

Bezugs-/Kontaktperson

Telefonnummer

UNTERSUCHUNGSBEFUND / FUNKTIONSTÖRUNGEN

Globalbeweglichkeit:	Nahrungsaufnahme:	Ausscheidungsfunktion:
☐ selbständige Fortbewegung ohne Hilfen und Krücken	☐ Ungestört	☐ Ungestört
☐ Fortbewegung ohne Personenhilfe	☐ Nahrung muss vorgeschnitten werden, isst selbst	☐ Leicht behindert jedoch alleine möglich
☐ Fortbewegung nur mit Personenhilfe oder Rollstuhl	☐ Esshilfe notwendig	☐ Flasche/Schüssel/Leibstuhl; Fremdhilfe nötig, kontrolliert
☐ kontrolliert Betrand, Lehnstuhl (Sitzen)	☐ Passierte Kost und Esshilfe	☐ Harninkontinenz, Dauerkatheter, Teilkontrolle
☐ Teilkontrolle bettlägerig	☐ künstliche Ernährung, Sonde, etc.	☐ Stuhl- und Harninkontinenz, Kontrollverlust

Störungen von Intellekt, Antrieb und geistiger Leistung; Kontrollverlust:	Sonstige Pflegezuwendungen (bei Bedarf bitte ergänzen):
☐ unbeeinträchtigt	☐ An- und Auskleiden
☐ minimale Ausfälle	☐ tägliche Körperpflege
☐ fassbare Ausfälle einzelner Funktionen (Gedächtnis, Konzentration, Apathie)	☐ Medikamentenvorbereitung
☐ erkennbare globale Beeinträchtigung	☐
☐ völliger Selbstständigkeitsverlust wie bei deutlicher Demenz	☐

Allfällige anderweitige, die Pflege betreffende, Besonderheiten (bei Bedarf bitte ergänzen):		
☐ häufige Anfälle	☐ ständige Bereitschaft	☐ ständige Aufsicht
☐ schwere Schmerzzustände	☐ schwere Schmerzzustände	
☐		

Ist oder war in der letzten Zeit eine Pflege zeitweise oder ständig nötig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, von wem wurde die Pflege durchgeführt?

☐ Selbst	☐ Angehörige	☐ Sozialsprengel
☐ Krankenhaus	☐ Nachbarschaftshilfe	☐ Sonstige

Name, Adresse und Telefonnummer der pflegenden Person bzw. Institution

Krankheiten / Allergien		
Liegen übertragbare Krankheiten oder Krankheitserreger / Parasiten vor?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche		
Sind Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche		
Sind Infektionskrankheiten bekannt?	☐ ja	☐ nein
Wenn ja, welche		

DIAGNOSE

Unter besonderer Berücksichtigung der für die Pflegebedürftigkeit relevanten Gesundheitsstörungen und Gebrechen:

VORAUSSICHTLICHE ENTWICKLUNG

☐ Derzeit nicht als Dauerzustand aufzufassen. Begründung:
☐ Wahrscheinlich längerfristig gleich bleibend (über 1 Jahr).
☐ Wahrscheinlich längerfristig gleich bleibend mit voraussichtlicher Verschlechterungstendenz.

PFLEGEBEFUND

☐ Die/Der Heimbewohner/in ist nicht pflegebedürftig.
☐ Die/Der Heimbewohner/in ist betreuungsbedürftig.
☐ Die/Der Heimbewohner/in ist teilweise pflegebedürftig.
☐ Die/Der Heimbewohner/in ist voll pflegebedürftig.



Marktgemeinde
Reutte



MEDIKAMENTE

Rezeptgebührenbefreiung: ☐ ja ☐ nein

Name:	morgens	mittags	abends	nachts

THERAPIEN:

PSYCHISCHE SITUATION

Zeitlich orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Örtlich orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Situativ orientiert	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Denkstörungen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Sinnestäuschungen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Wahrnehmungsstörungen	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Traurige Stimmung	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Euphorische Stimmung	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
aggressiv	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
widerstrebend	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
gutmütig	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Motorische Unruhe	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Weglaufftendenz	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Selbstgefährdung	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise
Fremdgefährdung	☐ ja	☐ nein	☐ zeitweise

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

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, worin?

Depression		Aggression		Stoffgebundene/-ungebundene Sucht	
☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein

Anmerkungen:

SUCHTKRANKHEITEN – ABHÄNGIGKEITEN

Alkohol		Zigaretten		Medikamente		Sonstige	
☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein

Anmerkungen:

HAUTZUSTAND (Wunden, Exantheme, Decubiti, ...)

DER* DIE ZUKÜNFTIGE BEWOHNER* IN BENÖTIGT FREMDE HILFE IN FORM VON

☐	einer Anleitung zur Eigenaktivität und Selbständigkeit
☐	ständiger Aufsicht wegen Selbst- oder Fremdgefährdung
☐	einer besonderen Unterstützung zur Erhaltung ihrer/seiner Ressourcen
☐	einer Überwachung zur Erhaltung ihrer/seines Gesundheitszustandes

PROTHESEN / SONSTIGE HILFSMITTEL

☐ Zähne	☐ Brille	☐ Hörgerät	☐ Stomaversorgung
☐ Stock	☐ Gehbock	☐ Toilettensstuhl	☐ Katheterisierung
☐ Rollstuhl	☐		

BESONDERE DIÄTFORMEN

☐ Diabetes	☐ Leber
☐ Magen	☐ Galle
☐ Passierte Kost	☐

BESONDERE VORKEHRUNGEN BETREFFEND REANIMATION

Reanimation	☐ ja	☐ nein	Patientenverfügung:	☐ ja	☐ nein
Falls Patientenverfügung ja, wo hinterlegt?					

INFORMATION

Ist die* der zukünftige Bewohner* in über die geplante Heimaufnahme informiert worden?	☐ ja	☐ nein
--	-----------------------------	-------------------------------

SONSTIGES

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes