



## Ärztlicher / Pflegerischer Fragebogen

Dieser Fragebogen ist vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus auszufüllen

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Wohnsitz: \_\_\_\_\_

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist der Aufnahmewerber gehfähig           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist das Treppensteigen möglich            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist der Aufnahmewerber ständig bettlägrig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist der Aufnahmewerber häufig bettlägrig  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ist Unterstützung notwendig:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett | <input type="checkbox"/> beim Ankleiden              |
| <input type="checkbox"/> beim Essen zerkleinern      | <input type="checkbox"/> beim Frisieren und Rasieren |
| <input type="checkbox"/> beim Essen eingeben         | <input type="checkbox"/> beim Zubettgehen            |
| <input type="checkbox"/> beim Waschen                | <input type="checkbox"/> _____                       |
| <input type="checkbox"/> beim Benützen der Toilette  |  |

Ist der Aufnahmebewerber inkontinent

- |       |                             |                               |
|-------|-----------------------------|-------------------------------|
| Harn  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stuhl | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Der Aufnahmewerber benötigt nachts Unterstützung  Ja  Nein  
 Nicht immer

Wenn ja, wobei

\_\_\_\_\_

Ist der Aufnahmebewerber orientiert

- |   |                                  |                                      |                                     |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja             | <input type="checkbox"/> Nein    | <input type="checkbox"/> nicht immer |                                     |
| <input type="checkbox"/> zeitlich       | <input type="checkbox"/> örtlich | <input type="checkbox"/> situativ    | <input type="checkbox"/> persönlich |
| <input type="checkbox"/> Weglauftendenz |                                  |                                      |                                     |

Benötigt der Aufnahmewerber eine Diät  Ja \_\_\_\_\_

Leidet der Bewerber an einer Suchtkrankheit  Ja  Nein  
Welcher: \_\_\_\_\_

Kann der Aufnahmewerber Geldangelegenheiten selbst regeln  Ja  Nein  
Gibt es eine Erwachsenenschutzvertretung bzw. Vorsorgevollmacht  Ja  Nein

Welche Impfung hat der Aufnahmewerber  Grippe Datum letzter Impfung: \_\_\_\_\_  
 Corona Datum letzter Impfung: \_\_\_\_\_  
 Tetanus Datum letzter Impfung: \_\_\_\_\_

Spezielle Pflegemaßnahmen (z.B. PEG – Sonde, Tracheostoma, Schmerzpumpe, ...):  
\_\_\_\_\_

Leidet der Aufnahmewerber an einer infektiösen Krankheit/ multiresistenten Keim  Ja  Nein

Welche/r: \_\_\_\_\_

Diagnosen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Derzeitige Beschwerden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Begründung der Notwendigkeit einer Heimaufnahme: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Bestätigung vom Arzt wenn die Anmeldung nicht selbst unterschrieben werden kann:

Der Aufnahmewerber kann die Anmeldung nicht selbst unterschreiben, ist aber mit einer Aufnahme einverstanden.

Derzeit werden Hilfsmittel zum Schutz vor Verletzungen eingesetzt, welche die persönliche Freiheit einschränken können (Seitenschutz beim Bett, ...). Damit diese Hilfsmittel auch im Heim

verwendet werden dürfen, muss gemäß HeimAufG vom Arzt die dafür zugrundeliegende Diagnose und Gefährdung bestätigt werden:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_