

## Ärztlicher / Pflegerischer Fragebogen

Dieser Fragebogen ist vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus auszufüllen

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

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

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, den Fragebogen gegebenenfalls im verschlossenen Umschlag mitgeben oder an den Sozialhilfeverband Rohrbach senden!

Ist der Aufnahmewerber gehfähig  Ja  Nein

Ist das Treppensteigen möglich  Ja  Nein

Ist der Aufnahmewerber ständig bettlägrig  Ja  Nein

Ist der Aufnahmewerber häufig bettlägrig  Ja  Nein

Ist Unterstützung notwendig:

beim Aufstehen aus dem Bett

beim Essen zerkleinern

beim Essen eingeben

beim Waschen

beim Benützen der Toilette

beim Ankleiden

beim Frisieren und Rasieren

beim Zubettgehen

\_\_\_\_\_

Ist der Aufnahmewerber inkontinent Harn  Ja  Nein

Stuhl  Ja  Nein

Der Aufnahmewerber benötigt nachts Unterstützung  Ja  Nein  Nicht immer

Wenn ja, wobei

\_\_\_\_\_

Ist der Aufnahmewerber orientiert

Ja

Nein

nicht immer

zeitlich

örtlich

situativ

persönlich

Weglauftendenz

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

Leidet der Aufnahmewerber an einer Suchtkrankheit  Ja  Nein  
Welcher:

\_\_\_\_\_

Kann der Aufnahmewerber Geldangelegenheiten selbst regeln  Ja  Nein

Gibt es eine Erwachsenenschutzvertretung bzw. Vorsorgevollmacht  Ja  Nein

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

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

\_\_\_\_\_

Leidet der Aufnahmewerber an einer infektiösen Krankheit/multiresistenten Keim

Welche/r:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_

Diagnosen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Derzeitige Beschwerden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Begründung der Notwendigkeit einer Heimaufnahme:

\_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stampiglie: \_\_\_\_\_

### **Bestätigung**

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

Begründung der Verhinderung: \_\_\_\_\_

Derzeit werden Hilfsmittel zum Schutz vor Verletzungen eingesetzt, welche die pers. Freiheit einschränken könnten. (Seitenschutz beim Bett,...). Damit diese Hilfsmittel auch im zugrundeliegende Diagnose und Gefährdung bestätigt werden:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stampiglie: \_\_\_\_\_