

## Ärztlicher Fragebogen für die Aufnahme im Seniorenwohnheim

Nur auszufüllen falls KEINE Pflegeeinstufung vorliegt

Herr/Frau .....  
geboren am ..... in .....  
wohnhaft in .....  
derzeitiger Aufenthalt .....

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- |                                       |                              |                                     |   |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| Selbständig bzw. ohne Hilfe aufstehen | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> nicht in der Lage                |
| Selbständig bzw. ohne Hilfe gehen     | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe<br><input type="checkbox"/> mit Begleitung<br><input type="checkbox"/> nicht in der Lage                |
| Selbständig waschen                   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Selbständig an- und auskleiden        | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Selbständig und ohne Hilfe essen      | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Selbständiges Benützen der Toilette   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Leidet an Harninkontinenz             | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> teilweise  | <input type="checkbox"/> nein   |
| Inkontinenzmaterial notwendig         | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       |   |
| Leidet an Stuhlinkontinenz            | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> teilweise  | <input type="checkbox"/> nein   |
| Inkontinenzmaterial notwendig         | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       |   |
| Ist bettlägerig                       | <input type="checkbox"/> ja  |                                     | <input type="checkbox"/> nein   |
| <b>Orientierung</b>                   |                              |                                     |   |
| zeitlich                              | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> schwer desorientiert   |
| örtlich                               | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> schwer desorientiert   |
| Gehör:                                | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> Hörgerät kompensiert vollständig<br><input type="checkbox"/> Hörgerät kompensiert weniger als 50%                    |

Sehkraft  gut  vermindert  Sehhilfe kompensiert vollständig  
 Sehhilfe kompensiert weniger als 50%

Schmerz  selten  häufig  chronisch  
 Kompensation möglich  Kompensation nicht möglich  
z.B. mit Schmerzmitteln z.B. auch nicht mit Schmerzmitteln

#### Beziehungsverhalten

Erkennt nahestehende Menschen  ja  nein  
Interaktion  aktiv möglich  nur passiv möglich  
Ablehnendes - abwehrendes Verhalten  ja  nein

#### Kommunikation

Bedürfnisäußerung möglich  ja  nein  
Verbale Kommunikation  möglich  nicht möglich

Emotionales Verhalten  unauffällig bzw. der Lebenssituation angemessen  
Situatives aggressives Verhalten  ja  nein

#### Beispiele:

Situatives depressives Verhalten  ja  nein

#### Beispiele:

Langanhaltend aggressiv  ja  nein  
Langanhaltend depressiv  ja  nein  
Ängste, Zwänge, Halluzinationen  ja  nein

Schlafverhalten  unauffällig  situationsbedingte Unruhe  
Schlafstörung  ja  nein

Abhängigkeitserkrankungen  nein  ja, und zwar: .....

#### **Empfehlungen des Arztes/der Ärztin:**

Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie  Psychotherapie  andere:.....

Betreuung am Domizil sinnvoll  ja  nein  
Betreuung am Domizil möglich  ja  nein  
Betreuung in Seniorenwohnheim Langzeitpflege sinnvoll  ja  nein  
Betreuung in Seniorenwohnheim Kurzzeitpflege sinnvoll  ja  nein

Es wird bestätigt, dass der Patient keine Hinweise für das Vorliegen von ansteckenden Krankheiten zeigt.

**→ WICHTIG: Bitte aktuelle Diagnose und aktuellen Therapieplan beilegen**

Name des Allgemeinmediziners:

.....

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

.....

.....