



GEMEINDEVERBAND BEZIRKSALTENHEIME LIENZ

Beda Weber-Gasse 34
9900 Lienz

Tel.: 04852/608-0
Fax: 04852/608 DW 277
Email: office@heime-osttirol.at

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

_____, am _____

Dieser Fragebogen bezüglich des Gesundheitszustandes Ihres Angehörigen ist dem jeweiligen Hausarzt/Facharzt oder beistationärem Krankenhausaufenthalt dem dort Zuständigen Arzt vorzulegen.

Aufnahme erwünscht im Heim
Lienz Matri i. O. Sillian

Wir bitten Sie als behandelnden Arzt, diesen Fragebogen vollständig zu beantworten. Je ausführlicher und genauer der physische und psychische Zustand des zukünftigen Bewohners aufgezeigt wird, um so leichter und problemloser kann eine Eingliederung/Aufnahme in das Wohn- und Pflegeheim erfolgen.

ANGABEN ZUR PERSON

Name/Titel	geboren am	dzt. wohnhaft in - PLZ, Ort, Anschrift
Versicherungsträger	SVNr.	
Rezeptgebühr	befreit	nicht befreit

Pkt. 1: Ist oder war in der letzten Zeit eine Pflege zeitweise oder ständig notwendig?

Wenn ja, von wem wurde die Pflege durchgeführt?

selbst Angehörige Sozialsprengel Krankenhaus

Ja Nein

Nachbarschaftshilfe sonstige: _____

Telefonnummer der pflegenden Person und/oder Institution: _____

Pkt. 2: Warum ist ein Wohnortwechsel in das Wohn- und Pflegeheim erforderlich?

- | | | |
|--|----|------|
| Pkt. 3: Ist der zukünftige Bewohner über die geplante Heimaufnahme informiert worden? | Ja | Nein |
| | | |
| Pkt. 4: Die Aufnahme soll
im Wohn- und Betreuungsbereich
in einer Pflegeabteilung
erfolgen. | | |
| | | |
| Pkt. 5: Sind Pflegehilfsmittel vorhanden bzw. notwendig?
(Rollstuhl, Gehwagen, Gehbock, Stomaversorgung usw.)? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| | | |
| Pkt. 6: Liegen Hautdefekte (Ulcus cruris, Decubitus, ...) vor? | Ja | Nein |
| Wenn ja, wo? _____ | | |
| | | |
| Pkt. 7: Erfolgt die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr über eine Sonde? | Ja | Nein |
| | | |
| Pkt. 8: Wird der Harn zeitweise oder ständig mittels Drainage oder Katheter abgeleitet? | Ja | Nein |
| | | |
| Pkt. 9: Wird der Stuhl oder Harn über ein Stoma abgeleitet? | Ja | Nein |
| Wenn ja, über welches? _____ | | |
| | | |
| Pkt. 10: Harn- bzw. Stuhlinkontinenz? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| | | |
| Pkt. 11: Liegen übertragbare Krankheiten oder Krankheitserreger/Parasiten vor? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| | | |
| Pkt. 12: Ist das Einhalten einer Diät erforderlich? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| | | |
| Pkt. 13: Sind Allergien bekannt? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| | | |
| *) Pkt. 14: Besteht eine Neigung zu Krampfanfällen? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____ | | |

*) Pkt. 15: **Besteht eine stoffgebundene oder nicht stoffgebundene Sucht?** Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

*) Pkt. 16: **Ist eine Osteoporose bekannt?** Ja Nein

*) Pkt. 17: **Hat sich der physische und/oder psychische Zustand des zukünftigen Bewohners in letzter Zeit massiv verschlechtert?** Ja Nein

Wenn ja, worin? _____

Pkt. 18: Der zukünftige Bewohner benötigt fremde Hilfe in Form

einer Anleitung zur Eigenaktivität und Selbstständigkeit

* ständiger Aufsicht wegen Selbst- oder Fremdgefährdung (siehe Beiblatt fachärztliches Dokument)

einer besonderen Unterstützung zur Erhaltung seiner Ressourcen

eine Überwachung zur Erhaltung seines Gesundheitszustandes

Pkt. 19: Der zukünftige Bewohner benötigt pflegerische Hilfe

beim An- und Auskleiden

beim Essen und Trinken

bei der Körperpflege

beim Benutzen der Toilette

beim Gehen, sich bewegen

bei der Einnahme von Medikamenten

beim Gebrauch von Pflegehilfsmittel

Pkt. 20: Physische Situation

Gut ohne Hilfe
oder Hilfsmittel

gut mit Hilfe
oder Hilfsmittel

schlecht mit Hilfe
oder Hilfsmittel

Mobilität

Selbstversorgung

Sehvermögen

Hörvermögen

Kontinenz

Kommunikation
(verbal/nonverbal)

Ernährungszustand

Normalgewicht

Untergewicht

Übergewicht

*) Pkt. 21: **Psychische Situation**

ja

nein

zeitweise

Orientierungsstörung
Denkstörungen
Sinnestäuschung
Wahrnehmungsstörungen
Störungen der sozialen Funktion
Störungen der emotionalen Kontrolle
traurige Stimmung
euphorische Stimmung
aggressiv
gutmütig
motorische Unruhe
Weglaftendenz
Selbstgefährdung
Fremdgefährdung

*) Pkt. 22: **Sind Freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr von Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig?**

Ja

Nein

Wenn ja, welche? _____
(z.B. Fixierung, versperrte Tür, Bettgitter, Medikamente)

Pkt. 23: **Diagnosen**

Pkt. 24: **Medikamentöse Therapie**

Liegt eine Erkrankung des Gehirns (z.B. dementieller Formenkreis) oder sonstige psychische Beeinträchtigungen oder geistige Behinderungen vor, legen Sie bitte dem ärztlichen Fragebogen einen fachärztlichen Befundbericht (siehe Beiblatt) bei.

Herzlichen Dank für die sorgfältige Beantwortung der oben angeführten Punkte.

Datum: _____ Unterschrift: _____