



ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

zur Aufnahme ins Wohnheim / Pflegeheim
nur vom Hausarzt / behandelten Arzt auszufüllen!

PERSÖNLICHE DATEN

Familienname / Vorname		Hausarzt	
Anschrift		PVA - Pensions- Versicherungsanstalt	
Geburtsdatum		Versicherungsnummer	
Bezugs- / Kontaktperson / Telefon		Pflegegeld Höhe/Stufe	

UNTERSUCHUNGSBEFUND / FUNKTIONSTÖRUNGEN

Globalbeweglichkeit	Nahrungsaufnahme	Ausscheidungsfunktion
1. selbständige Fortbewegung ohne Hilfen und Krücken	1. ungestört	1. ungestört
2. Fortbewegung ohne Personenhilfe	2. Nahrung muss vorgeschnitten werden, isst selbst	2. leicht behindert (Prost.), jedoch alleine möglich
3. Fortbewegung nur mit Personenhilfe oder Rollstuhl	3. Esshilfe notwendig	3. Flasche/Schüssel/Leibstuhl; Fremdhilfe nötig, kontrolliert
4. Bettrand, Lehnstuhl (Sitzen)	4. Breinahrung und Esshilfe	4. Harninkontinenz, Dauerkatheder, Teilkontrolle
5. bettlägerig	5. künstliche Ernährung, Sonde etc.	5. Stuhl- u. Harninkontinenz, Kontrollverlust

PFLEGEZUWENDUNGEN

Störungen von Intellekt, Antrieb und geistiger Leistung	sonstige Pflegezuwendungen (bei Bedarf bitte ergänzen)
1. unbeeinträchtigt	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden
2. minimale Ausfälle	<input type="checkbox"/> tägliche Körperpflege
3. fassbare Ausfälle einzelner Funktionen, (Gedächtnis, Konzentration, Apathie)	<input type="checkbox"/> Medikamentenvorbereitung
4. erkennbare globale Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>
5. völliger Selbstständigkeitsverlust wie bei deutlicher Demenz	<input type="checkbox"/>

Allfällige anderweitige, die Pflege betreffende Besonderheiten (bei Bedarf bitte ergänzen)

1. häufige Anfälle	3. ständige Bereitschaft	5. ständige Aufsicht
2. schwere Schmerzzustände	4. erhebliche Störungen der Sinnesfunktionen	6.
Ist oder war in der letzten Zeit eine Pflege zeitweise oder ständig nötig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, von wem wurde die Pflege durchgeführt?		
<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Sozialsprengel
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Nachbarschaftshilfe	<input type="checkbox"/> Sonstige:
Telefonnummer der pflegenden Person und / oder Institution:		

KRANKHEITSERREGER

Liegen übertragbare Krankheiten oder Krankheitserreger/Parasiten vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Sind Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		

DIAGNOSE

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

VORAUSSICHTLICHE ENTWICKLUNG

<input type="radio"/> derzeit nicht als Dauerzustand aufzufassen / Begründung:
<input type="radio"/> wahrscheinlich längerfristig gleich bleibend (über 1 Jahr)
<input type="radio"/> wahrscheinlich längerfristig gleich bleibend mit voraussichtlicher Verschlechterungstendenz

PFLEGEbefund

<input type="radio"/> der Heimbewohner ist nicht pflegebedürftig
<input type="radio"/> der Heimbewohner ist betreuungsbedürftig
<input type="radio"/> der Heimbewohner ist teilweise pflegebedürftig
<input type="radio"/> der Heimbewohner ist voll pflegebedürftig

Ist der zukünftige Bewohner über die geplante Heimaufnahme informiert worden? ja nein

Depression		Aggression		Stoffgebundene / -ungebundene Sucht		Infektionskrankheit	
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anmerkungen:							

SUCHTKRANKHEIT – Abhängigkeiten

Alkohol <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Zigaretten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Medikamente <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Sonstige <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

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

Wenn ja, worin?

MEDIKAMENTE

Gebührenbefreiung: ja nein

THERAPIEN

PSYCHISCHE SITUATION

zeitlich orientiert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
örtlich orientiert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
situativ orientiert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
Denkstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
Sinnestäuschungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
Wahrnehmungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
traurige Stimmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
euphorische Stimmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
aggressiv	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
widerstrebend	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
gutmütig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
motorische Unruhe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
Weglauff Tendenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
Selbstgefährdung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise
Fremdgefährdung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise

HAUTZUSTAND (Wunden, Exantheme, Decubiti)

--

Der künftige BEWOHNER BENÖTIGT fremde HILFE in Form

<input type="radio"/> Anleitung zur Eigenaktivität und Selbständigkeit
<input type="radio"/> Ständiger Aufsicht wegen Selbst- oder Fremdgefährdung
<input type="radio"/> einer besonderen Unterstützung zur Erhaltung seiner Ressourcen
<input type="radio"/> eine Überwachung zur Erhaltung seines Gesundheitszustandes

PROTHESEN / SONSTIGE HILFSMITTEL

<input type="radio"/> Zähne	<input type="radio"/> Brille	<input type="radio"/> Hörgerät	<input type="radio"/> Stomaversorgung	<input type="radio"/> Katheterisierung
<input type="radio"/> Stock	<input type="radio"/> Gehbock	<input type="radio"/> Rollstuhl	<input type="radio"/> Toilettenstuhl	

BESONDERE VERKÖSTIGUNGSFORMEN

<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Leber	<input type="radio"/> Galle	<input type="radio"/> Magen	<input type="radio"/> Breinahrung	<input type="radio"/> Sonderform	<input type="radio"/>
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------

BESONDERE VORKEHRUNGEN

Reanimation:	Patientenverfügung
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja/ wo? <input type="radio"/> nein

Sonstiges

--

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Januar 2022

Der ärztliche Fragebogen dient der Erhebung des Gesundheitszustandes der zukünftigen Bewohner des Hauses St. Martin und wird vom jeweiligen Hausarzt ausgefüllt.

Der ärztliche Fragebogen „neu“ ist um einige Fragestellungen erweitert worden, die es uns verstärkt ermöglichen, den *physischen* **und** *psychischen* Gesundheitszustand des zukünftigen Bewohners zu erfassen.

Der ärztliche Fragebogen dient im Sinne der Wahrnehmenden Betreuung, Begleitung und Pflege einer ganzheitlichen Betrachtungsweise unserer Bewohner. Je ausführlicher und genauer das körperliche und seelische Zustandsbild des Bewohners erfasst wird, umso leichter und problemloser kann eine Aufnahme in das Wohn- und Pflegeheim erfolgen.

Aldrans, im Januar 2022