

# Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Haus am Hesterberg, Kreisalten- und Pflegeheim,  
Hespenkamp 8, 27313 Dörverden  
Tel.: 04234 93010  
Fax: 04234 9301123  
E-Mail: haus-am-hesterberg@landkreis-verden.de

Haus in der Bürgerei, Kreisalten- und Pflegeheim,  
Bürgerstraße 27, 27321 Thedinghausen  
Tel.: 04204 91510  
Fax: 04204 915133  
E-Mail: haus-in-der-buergerei@landkreis-verden.de

<b>Patientin/Patient</b> (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Anschrift	

**Diagnose:** Welche Krankheiten, Leiden oder Behinderungen liegen vor?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Prothesen, Herzschrittmacher, Sonden, Dekubitus etc.: \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja: \_\_\_\_\_ Diabetis:  nein  ja: zu beachten: \_\_\_\_\_

Hautzustand: \_\_\_\_\_

**Ansteckende Krankheiten**  ja  nein

Welche Krankheiten?

**Aufgrund der vorstehenden Diagnosen liegt vor**

<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> vorübergehende	<input type="checkbox"/> nicht	<input type="checkbox"/> wesentliche
<input type="checkbox"/> körperliche	<input type="checkbox"/> geistige	<input type="checkbox"/> seelische	<input type="checkbox"/> Behinderung
<input type="checkbox"/> Geistes-	<input type="checkbox"/> Anfalls-	<input type="checkbox"/> Suchtkrankheit	

Harninkontinenz  Blasenkatheter  Stuhlinkontinenz  Anus praeter  
 Inkontinenzartikel sind verordnet:  ja  nein

Gehfähigkeit  ja  mit Hilfe  nein  
 Treppensteigen  ja  mit Hilfe  nein  
 Mobilisationshilfen  Rollstuhl  Rollator  Handstock  nein  
 Bettlägerigkeit  nein  ja  häufig  ständig

Brille  gute Sehfähigkeit  eingeschränkte Sehfähigkeit  blind  
 Hörgerät  gute Hörfähigkeit  eingeschränkte Hörfähigkeit  taub

Sprache (Sprechvermögen, Störungen):

**Gemütszustand**

zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig
zur Person orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig
zur Situation orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig
umgänglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
unruhig	<input type="checkbox"/> Tag	<input type="checkbox"/> Nacht	<input type="checkbox"/> zeitweilig <input type="checkbox"/> nein
aggressiv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig
depressiv	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweilig

**Hilfe erforderlich beim**

Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> dauernd
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> dauernd
Waschen/Baden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> dauernd
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> dauernd
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> dauernd
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> dauernd
Transfer	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> dauernd

**Sind freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich?**  ja  nein  
 Wenn ja, welche (z. B. Bettgitter, Bauchgurt, sed. Medikamente)? \_\_\_\_\_

Gilt nur für Krankenhäuser  
 Liegt ein entsprechender Beschluss des Amtsgerichts vor bzw. wurde dieser beantragt?  ja  nein

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_