



# BÜRGERHEIM

Altenpflege

**Bürgerheim Villingen-Schwenningen e.V.**

Altenpflegeheim

Mauthestr. 7-9

78054 Villingen-Schwenningen

Tel.: 07720/308-0

Fax: 07720/308-908

[www.buergerheim.de](http://www.buergerheim.de)

[info@buergerheim.de](mailto:info@buergerheim.de)

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

**Vor- und Zuname**

**Geburtsdag**

**Hauptgründe für die Heimaufnahme**

### Mobilität:

*Bitte zutreffendes ankreuzen*

Aufstehen

Hinlegen

Stehen

Gehen

Lagern

**selbstständig**

**überwiegend  
selbstständig**

**überwiegend  
unselbstständig**

**unselbstständig**

### Hilfsmittel:

Rollstuhl

Rollator

Gehstock

Sonstige

### Urininkontinenz?

ja

nein

### Stuhlinkontinenz?

ja

nein

### Fremde Hilfe bedürftig?

beim Essen/Trinken

beim Lagern zur Nachtruhe

beim An-/Auskleiden

beim Benutzen der Toilette

bei der Körperpflege

bei der Tagesgestaltung

beim Frisieren/Rasieren

bei

### (Gefäß-) Zugänge/ Sonden/ Ableitende Systeme?

Picc-Line

Port

Tracheostoma

Ileo-/Colostoma

Cystofix/Urostoma

PEG/PEJ

Blasenverweilkatheter

Sonstige, wenn ja welche?

### Auffälligkeiten bei der Atmung?

nein

ja:

Sauerstoffsonde

Apnoegerät

Trachealkanüle

Beatmung über Tracheostoma

### Auffälligkeiten der Haut?

Wunden

Dekubitus

Hauterkrankungen: wenn ja, welche?

<b>Örtlich Orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
<b>Zeitlich Orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
<b>Zur Person orientiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
<b>Nachtverhalten/Schlafen?</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> problematisch
<b>Weglauf-/Hinlauftendenz?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Stimmungsschwankungen?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Psychische Situation</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> euphorisch	<input type="checkbox"/> aufgeregt
	<input type="checkbox"/> hyperaktiv	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> hysterisch
<b>Gefährliche Eigenschaften?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
<b>Suchtkrankheit?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	

**Diagnose(n)**

---



---



---



---

**Körperliche/Geistige Behinderung(en)**

---



---

**Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten**

 ja

 nein

**Anhalt für ansteckungsfähige Lungentuberkulose (§ 36 (4) IfSG)**

 ja

 nein

**Impfung Covid-19**

1. Impfung am	2. Impfung am	3. Impfung am	4. Impfung am

(Kopie des Impfnachweises ist erforderlich)

**Hinweise und Bemerkungen des Arztes:**

---



---



---

**Die Medikamentenübersicht und ärztlichen Verordnungen liegen bei.**

, den

Ort:

Datum:

**Stempel und Unterschrift des Arztes:**

---