



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

info@buergerheim.de

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname

Geburtsdag

Hauptgründe für die Heimaufnahme

Mobilität:

Bitte zutreffendes ankreuzen

Aufstehen

selbstständig

**überwiegend
selbstständig**

**überwiegend
unselbstständig**

unselbstständig

Hinlegen

Stehen

Gehen

Lagern

Hilfsmittel:

Urininkontinenz?

Stuhlinkontinenz?

Fremde Hilfe bedürftig?

(Gefäß-) Zugänge/ Sonden/ Ableitende Systeme?

Auffälligkeiten bei der Atmung?

Auffälligkeiten der Haut?

Rollstuhl

Rollator

Gehstock

Sonstige

ja

nein

ja

nein

beim Essen/Trinken

beim An-/Auskleiden

bei der Körperpflege

beim Frisieren/Rasieren

bei

beim Lagern zur Nachtruhe

beim Benutzen der Toilette

bei der Tagesgestaltung

Picc-Line

Port

Tracheostoma

Ileo-/Colostoma

Cystofix/Urostoma

PEG/PEJ

Blasenverweilkatheter

Sonstige, wenn ja welche?

nein

ja:

Sauerstoffsonde

Apnoegerät

Trachealkanüle

Beatmung über Tracheostoma

Wunden

Dekubitus

Hauterkrankungen: wenn ja, welche?

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