

# HAUS LOHHOLZ

Senioren-und Pflegeheim

## Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

83059 Kolbermoor\*Fabrikstraße 8\*Tel.: 08031/ 291-0\*Fax 08031/ 291-180\*IK. 510911024\*Ust-IdNr.DE812103992

Bitte Rückseite beachten!

Um die individuellen Bedürfnisse Ihres Angehörigen, bzw. Patienten größtmöglich zu erfüllen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Wir bitten sie deshalb, die Fragen des nachstehenden Anamnesebogens zu beantworten. Die Anamnese ist am Pflegemodell "AEDL - Aktivitäten und existentielle Erfahrung des Lebens" nach Monika Krohwinkl orientiert, auf dem auch unser Pflegekonzept beruht.

### Nur vom derzeit behandelnden Arzt auszufüllen:

I. Vor-und Zuname, Titel des Patienten	Vor- und Zuname / Titel		
II. Geburtsname,-datum,-ort des Patienten	Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
III. Adresse des Arztes bzw. des Krankenhauses	Name/Straße		
	PLZ/Ort	()	
	Station	()	
	Arzt	()	
15. Geistig-seelische Störung oder Behinderung – Art -			
16. Diagnosen			
17. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?			
18. Geschlossene Unterbringung notwendig?	Ja, warum?	Nein	
19. Hinweise und Bemerkungen			
Ort/Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel	

### Von der(n) Pflegeperson(en) bitte ausfüllen:

	Ja	Nein	nähere Details
<b>1. Kommunikation</b>			
selbständiges Kommunikationsverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschränkungen der Sinnesorgane? (welche, Hörgerät...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. Bewegung</b>			
selbständige Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel zur Fortbewegung? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dauerhaft bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte Rückseite beachten!

	Ja	Nein	nähere Details
<b>3. Pflege</b>			
selbständige Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Gewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Haut intakt? (z.B. Allergien, Ekzeme, Wunden?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4. Essen und Trinken</b>			
selbständige Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel beim Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Eß- und Trinkgewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PEG-Sonde angelegt, oder geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5. Ankleiden</b>			
selbständiges kleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. Ausscheiden</b>			
selbständige Stuhlausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selbständige Harnausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden Hilfsmittel benutzt? (z.B. Katheter, Einlagen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Besonderheiten? (z.B. Verstopfung, Stoma usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. Schlafgewohnheiten</b>			
Schlafstörungen? (welche, wie oft, z.B. nächtliches Aufstehen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Schlafgewohnheiten? (z.B. Mittagsschlaf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
regelmäßige Einnahme von Schlafmedikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Umgebung</b>			
Besteht eine erhöhte Sturzgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zeitlich, örtlich Orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selbständige Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weglaufgefährdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Äußeres</b>			
Wert auf gepflegtes äußeres Erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Bisherige Lebensumstände</b>			
Lebte die Person bis zur Heimaufnahme allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 11. weitere wichtige Informationen

Ort/Datum	Unterschrift der Pflegeperson
-----------	-------------------------------