



SENIOREN-RESIDENZ

Haus Veronika GmbH

Hufring, 54421 Reinsfeld, Telefon: 06503-9141-0, Fax: 06503-9141-27
seniorenresidenz@haus-veronika.net www.haus-veronika.net

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung der Heimaufnahme

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

1) Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

2) Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen aus d. Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3) Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	4) Treten nachts Unruhezustände auf?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	5) Ist der/die Patient/in bettlägerig?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Liegt Inkontinenz vor?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Ist der/die Patient/in orientiert ?
bzw. einverstanden mit der Heimaufnahme? _____

8) Besteht eine Sucht (wenn ja, welche) ?
Alkohol, Medikamente, Nikotin _____

9) Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welche) ? _____

10) Liegen physische Störungen vor (wenn ja, welcher Art) ? _____

