



Gemeindeverband Bezirksaltenheime Lienz  
Beda Weber-Gasse 34  
9900 Lienz

Tel.: 04852/608-0  
Fax: 04852/608 DW 277  
Email: office@heime-osttirol.at

## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen bezüglich des Gesundheitszustandes Ihres Angehörigen ist dem jeweiligen Hausarzt oder bei stationärem Krankenhausaufenthalt dem dort zuständigen Arzt vorzulegen.

Aufnahme erwünscht im Heim  
 Lienz     Matrei i. O.     Sillian

Wir bitten Sie als behandelnden Arzt, diesen Fragebogen vollständig zu beantworten. Je ausführlicher und genauer der physische und psychische Zustand des zukünftigen Bewohners aufgezeigt wird, um so leichter und problemloser kann eine Eingliederung/Aufnahme in das Wohn- und Pflegeheim erfolgen.

## ANGABEN ZUR PERSON

Familiename / Titel	geboren am	dzt. wohnhaft in - PLZ, Ort, Anschrift
Versicherungsträger	SVNr.:	
Rezeptgebühr	<input type="checkbox"/> befreit	<input type="checkbox"/> nicht befreit

Pkt. 1: **Ist oder war in der letzten Zeit eine Pflege zeitweise oder ständig notwendig?**

Ja

Nein

Wenn ja, von wem wurde die Pflege durchgeführt?

selbst     Angehörige     Sozialsprengel     Krankenhaus

Nachbarschaftshilfe     sonstige: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der pflegenden Person und /oder Institution: \_\_\_\_\_

Pkt. 2: **Warum ist ein Wohnortwechsel in das Wohn- und Pflegeheim erforderlich?**

-----

-----

-----

Pkt. 3: **Ist der zukünftige Bewohner über die geplante Heimaufnahme informiert worden?**  Ja  Nein

Pkt. 4: Die **Aufnahme** soll

im Wohn- und Betreuungsbereich

in einer Pflegeabteilung

erfolgen.

Pkt. 5: **Sind Pflegehilfsmittel vorhanden bzw. notwendig?**  Ja  Nein  
(Rollstuhl, Gehwagen, Gehbock, Stomaversorgung usw.)?

Wenn ja, welche? -----

Pkt. 6: **Liegen Hautdefekte (Ulcus cruris, Decubitus, ...) vor?**  Ja  Nein

Wenn ja, wo? -----

Pkt. 7: **Erfolgt die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr über eine Sonde?**  Ja  Nein

Pkt. 8: **Wird der Harn zeitweise oder ständig mittels Drainage oder Katheter abgeleitet?**  Ja  Nein

Pkt. 9: **Wird Stuhl oder Harn über ein Stoma abgeleitet?**  Ja  Nein

Wenn ja, über welches? -----

Pkt. 10: **Harn- bzw. Stuhlinkontinenz?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche? -----

Pkt. 11: **Liegen übertragbare Krankheiten oder**  Ja  Nein

**Krankheitserreger/Parasiten vor?**

Wenn ja, welche? .....

**Pkt. 12: Ist das Einhalten einer Diät erforderlich?**

Wenn ja, welche? .....

**Pkt. 13: Sind Allergien bekannt?**

Wenn ja, welche? .....

**Pkt. 14: Besteht eine Neigung zu Krampfanfällen?**

Wenn ja, welche? .....

**Pkt. 15: Besteht eine stoffgebundene oder nicht stoffgebundene Sucht?**

Ja

Nein

Wenn ja, welche? .....

**Pkt. 16: Hat sich der physische und/oder psychische Zustand des zukünftigen Bewohners in letzter Zeit massiv verschlechtert?**

Ja

Nein

Wenn ja, worin? .....

**Pkt. 17: Der zukünftige Bewohner benötigt fremde Hilfe in Form**

- einer Anleitung zur Eigenaktivität und Selbständigkeit
- ständiger Aufsicht wegen Selbst- oder Fremdgefährdung
- einer besonderen Unterstützung zur Erhaltung seiner Ressourcen
- eine Überwachung zur Erhaltung seines Gesundheitszustandes

**Pkt. 18: Der zukünftige Bewohner benötigt pflegerische Hilfe**

- beim An- und Auskleiden
- beim Essen und Trinken
- bei der Körperpflege
- beim Benutzen der Toilette
- beim Gehen, sich bewegen

- bei der Einnahme von Medikamenten
- beim Gebrauch von Pflegehilfsmittel

**Pkt. 19: Physische Situation**

	gut ohne Hilfe oder Hilfsmittel	gut mit Hilfe oder Hilfsmittel	schlecht mit Hilfe oder Hilfsmittel
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (verbal/nonverbal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ernährungszustand</b>	<input type="checkbox"/> Normalgewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Übergewicht

**Pkt. 20: Psychische Situation**

Antriebstyp	<input type="checkbox"/> Sympatikoton	<input type="checkbox"/> Parasympatikoton	
Temperament	<input type="checkbox"/> sanguinisch	<input type="checkbox"/> cholertisch	
	<input type="checkbox"/> melancholisch	<input type="checkbox"/> phlegmatisch	
	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>zeitweise</b>
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnestäuschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traurige Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
euphorische Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

widerstrebend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gutmütig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pkt. 21:

**Diagnosen:**

-----

-----

-----

-----

-----

Herzlichen Dank für die sorgfältige Beantwortung der oben angeführten Punkte.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_