



## 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/Facharzt oder bei stationärem Krankenhausaufenthalt dem dort Zuständigen Arzt vorzulegen.

Aufnahme erwünscht im Heim  
Lienz      Matri 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

Vorname/Name/Titel	geboren am	dzt. wohnhaft in - PLZ, Ort, Anschrift
Versicherungsträger	SVNr.	<b>HAUSARZT</b>
Rezeptgebühr	befreit	nicht befreit

Ja      Nein

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

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: <b>Ist der zukünftige Bewohner über die geplante Heimaufnahme informiert worden?</b>                             | Ja | Nein |
| Pkt. 4: Die <b>Aufnahme</b> soll<br>im Wohn- und Betreuungsbereich<br>in einer Pflegeabteilung<br>erfolgen.              |    |      |
| Pkt. 5: <b>Sind Pflegehilfsmittel vorhanden bzw. notwendig?</b><br>(Rollstuhl, Gehwagen, Gehbock, Stomaversorgung usw.)? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____   |    |      |
| Pkt. 6: <b>Liegen Hautdefekte</b> (Ulcus cruris, Decubitus, ...) <b>vor?</b>   | Ja | Nein |
| Wenn ja, wo? _____   |    |      |
| Pkt. 7: <b>Erfolgt die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr über eine Sonde?</b>   | Ja | Nein |
| Pkt. 8: <b>Wird der Harn zeitweise oder ständig mittels Drainage oder Katheter abgeleitet?</b>                           | Ja | Nein |
| Pkt. 9: <b>Wird der Stuhl oder Harn über ein Stoma abgeleitet?</b>   | Ja | Nein |
| Wenn ja, über welches? _____   |    |      |
| Pkt. 10: <b>Harn- bzw. Stuhlinkontinenz?</b>   | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____   |    |      |
| Pkt. 11: <b>Liegen übertragbare Krankheiten oder Krankheitserreger/Parasiten vor?</b>                                    | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____   |    |      |
| Pkt. 12: <b>Ist das Einhalten einer Diät erforderlich?</b>   | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____   |    |      |
| *) Pkt. 13: <b>Besteht eine Neigung zu Krampfanfällen?</b>   | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? _____   |    |      |

\*) Pkt. 14: **Besteht eine stoffgebundene oder nicht stoffgebundene Sucht?** Ja Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\*) Pkt. 15: **Ist eine Osteoporose bekannt?** Ja Nein

\*) 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 Selbstständigkeit

- \* ständiger Aufsicht wegen Selbst- oder Fremdgefährdung (siehe Beiblatt fachärztliches Dokument)
- 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

Selbstversorgung

Sehvermögen

Hörvermögen

Kontinenz

Kommunikation  
(verbal/nonverbal)

**Ernährungszustand**

Normalgewicht

Untergewicht

Übergewicht

**\*) Pkt. 20: Psychische Situation**

	ja	nein	zeitweise
Orientierungsstörung			
Denkstörungen			
Sinnestäuschung			
Wahrnehmungsstörungen			
Störungen der sozialen Funktion			
Störungen der emotionalen Kontrolle			
traurige Stimmung			
euphorische Stimmung			
aggressiv			
gutmütig			
motorische Unruhe			
Weglauftendenz			
Selbstgefährdung			
Fremdgefährdung			

**\*) Pkt. 21: Sind Freiheitsbeschränkende Maßnahmen zur Abwendung der Gefahr von Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig?**

Ja    Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
(z.B. Fixierung, versperrte Tür, Bettgitter, Medikamente)

**Pkt. 22: Sind Allergien bekannt?**

Medikamenten - und/oder sonstige Allergien?

Ja    Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Lebensmittelallergien?

Wenn ja, welche? (siehe Allergeninformations-VO BGBl. II Nr. 175/2014)

	Allergen		Allergen		Allergen		Allergen		Allergen
<input type="checkbox"/>	Gluten	<input type="checkbox"/>	Sesam	<input type="checkbox"/>	Weichtiere	<input type="checkbox"/>	Laktose	<input type="checkbox"/>	Soja
<input type="checkbox"/>	Krebstiere	<input type="checkbox"/>	Eier	<input type="checkbox"/>	Fisch	<input type="checkbox"/>	Nüsse	<input type="checkbox"/>	Erdnuss
<input type="checkbox"/>	Sellerie	<input type="checkbox"/>	Senf	<input type="checkbox"/>	Sulfite	<input type="checkbox"/>	Lupine	<input type="checkbox"/>	

*Zutreffendes bitte ankreuzen!*

**Pkt. 23: Diagnosen**

\_\_\_\_\_

**Pkt. 24: Medikamentöse Therapie**

\_\_\_\_\_

**\*) Liegt eine Erkrankung des Gehirns (z.B. dementieller Formenkreis) oder sonstige psychische Beeinträchtigungen oder geistige Behinderungen vor, legen Sie bitte dem ärztlichen Fragebogen einen fachärztlichen Befundbericht (siehe Beiblatt) bei.**

Herzlichen Dank für die sorgfältige Beantwortung der oben angeführten Punkte.

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