



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 Matrei i. O.
Sillian Nußdorf-Debant

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. | HAUSARZT |
| 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: **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 der 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 Krankheitserreger/Parasiten vor?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- Pkt. 12: **Ist das Einhalten einer Diät erforderlich?** Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
- *) Pkt. 13: **Besteht eine Neigung zu Krampfanfällen?** 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 |
|--|------------|--|----------|--|------------|--|----------|--|----------|
| | Gluten | | Sesam | | Weichtiere | | Laktose | | Soja |
| | Krebstiere | | Eier | | Fisch | | Nüsse | | Erdnuss |
| | Sellerie | | Senf | | Sulfite | | Lupine | | |

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: _____