Wohn - & Pflegeheim der Gemeinde Kirchbichl
Lindenstrasse 29, 6322 Kirchbichl
Tel. 05332/81 111, Fax-DW ï 555
www.heim-kirchbichl.at

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes Ankreuzen x, im verschlossenem Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Vor - & Zuname:

2. Geburtsdatum:

3. Körpergewicht: kg Körpergröße: cm

4. Ist der/die Patient/in gehfähig? o ja o nein 5. Treppensteigen möglich? o ja o nein

6. Ist der/die Patient/in häufig bettlägerig? o ja o nein 7. Ständig bettlägerig? o ja o nein

8. Beherrschung des Stuhlabgangs? o ja o nein 9. Beherrschung des Urinabgangs? o ja o nein

10. Fremde Hilfe bedürftig?
- o beim Essen
- o beim Ankleiden
- o beim Aufstehen aus dem Bett
- o beim Benutzen der Toilette
- o bei
- o beim Waschen
- o beim Frisieren/Rasieren
- o beim Lagern zur Nachtruhe
- o bei der Handhabung der Medikamente
- o bei

11. Örtlich orientiert? o ja o nein o nicht immer 12. Zeitlich orientiert? o ja o nein o nicht immer

13. Nachts ruhig? o ja o nein o nicht immer

14. Gemütsstimmung? o willig o freundlich o verdrießlich o depressiv

15. Gefährliche Verhaltensweisen? o nein o ja, welche?

16. Suchtkranheit(en)? o nein o ja, welche? 17. Raucher? o ja o nein 18. Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag?

19. Körperliche Behinderung(en) ï Art:

20. Geistig-Seelische Behinderungen oder Störung(en) ï Art:

21. Diagnose/n der wichtigsten Erkrankung/en:

22. Letzte Medikation:

23. Patient/in ist frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?

24. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

25. Rezeptgebührenfrei? o ja o nein 26. Möchte der/die Patient/in die Aufnahme das Wohn - & Pflegeheim? o ja o nein

27. Pflegebedürftigkeit o ja o nein Vollpflege o ja Teilpflege o ja

....., den .....20..... **Stempel und Unterschrift des Arztes**