



Haus der Altenpflege | Mozartstraße 27 | 79539 Lörrach

Haus der Altenpflege

Tel. 07621 428-00
Fax 07621 428-162

hausderaltenpflege@stadtmission-freiburg.de

www.hda-loerrach.de

Fragebogen zum Gesundheitszustand anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme
Bitte alle Fragen vollständig beantworten und zutreffendes ankreuzen.

Vor- und Zuname _____

Geburtsdatum _____

- | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Ist Patient gehfähig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Treppensteigen möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ist Patient bettlägerig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Beherrschung des Stuhlgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Beherrschung des Urinabgangs? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Fremder Hilfe bedürftig? | <input type="checkbox"/> beim Essen | | <input type="checkbox"/> beim Waschen |
| | <input type="checkbox"/> beim Ankleiden | | <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren |
| | <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett | | <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe |
| | <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette | | <input type="checkbox"/> bei: |
| Örtlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Zeitlich orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Nachts ruhig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Gemütsstimmung? | <input type="checkbox"/> willig | <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> verdrießlich |
| Gefährliche Eigenschaften? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |
| Suchtkrankheit? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |

Körperliche Behinderung/en (Art):

Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art):

Diagnosen (oder auch Anlage):

Diät notwendig? Welche?

Derzeitige Medikation :

Physiotherapie:

Sonstige Therapie:

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten
(auch Tbc, Hepatitis A/B/C, MRSA, sonstige)?

ja

nein

War der Patient bereits Kurzzeitgast in einem Heim?

ja

nein

Trat hierbei Verwirrung mit Weglauftendenz auf?

ja

nein

Hinweise und Bemerkungen: _____

_____, den _____

Unterschrift und Stempel des Arztes