

An das

Eingangsvermerk des Hauses

**Haus am Gugel**  
**Alten- und Pflegeheim GmbH**  
 Giersbach 13  
 79737 Herrischried

Tel.: (0 77 64) 2 75    Fax: (0 77 64) 92 98 60

**HEIMAUFNAHME - ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN**

Vor- und Zuname  
 des Heimbewohners

Geburts-  
ort

Geburts-  
datum:

**1. Hilfebedarf des künftigen Heimbewohners**

Besteht Hilfebedarf beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonst. Verrichtungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Allgemeine Befunde**

Bestehen Desorientierungen?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten Unruhezustände auf?

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Besteht Bettlägerigkeit?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Stuhlinkontinenz

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Angaben zur Gemütsstimmung / Seelische Verfassung:**

**Angaben zu Suchterkrankungen und -gefährdungen**

**Angaben zu körperlichen Behinderungen und Beeinträchtigungen**

**Angaben zu psychischen Störungen**

**Angaben zu ansteckenden Krankheiten, z.B. TBC (bitte genaue Bezeichnung)**

frei von ORSA      JA    NEIN  
   

frei von MRSA

**3. Ärztliche Diagnosen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Welche Medikamentierung besteht derzeit?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Angaben zu Diätetischen Vorgaben / Schonkost**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**6. Sonstige Angaben, die für die Pflege im Haus relevant sind**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum.....

Stempel und Unterschrift des behandelnden Hausarztes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---