

An den
Ö.B.P.B. Spitalfond zur Hl. Dreifaltigkeit
Seniorenwohnheim Annenberg Latsch
Hauptstr. 57
39021 Latsch

ärztlicher Fragebogen für das Ansuchen zur Aufnahme

bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen und eine Kopie des Therapieplans bzw. der Anamnese
falls möglich beilegen

Arzt für Allgemeinmedizin

Vor- und Nachname

Str.nr.

Gemeinde

Tel. Nr.: _____ / _____

E-Mail _____ @ _____ . _____

(es kann auch ein Stempel mit denselben Angaben angebracht werden)

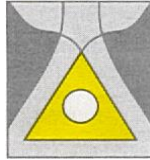
Herr/ Frau

geboren am _____

in _____

wohnhaft in

derzeitiger Aufenthalt



1. **Diagnosen** (bitte ausschreiben, anzuführen sind vor allem solche, welche eine besondere Pflegerelevanz haben)

- _____
- _____
- _____
- _____

2. **Funktionseinschränkungen** (von den Diagnosen abzuleitende Einschränkungen)

des Stütz- und Bewegungsapparates

- keine mäßig schwer

der inneren Organe

- keine mäßig schwer

der Sinnesorgane

- keine mäßig schwer

des Zentralnervensystems

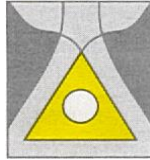
- keine mäßig schwer

der Psyche und/oder der kognitiven Leistungen

- keine mäßig schwer

3. **Selbständigkeit**

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| - beim Gehen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | mit Gehhilfe <input type="checkbox"/> |
| | | | mit Begleitung <input type="checkbox"/> |
| | | | mit Rollstuhl <input type="checkbox"/> |
| - bettlägerig | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| - beim Essen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| - beim An- und Auskleiden | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| - beim Waschen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| - beim Benützen der Toilette | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| - Harninkontinenz | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| - Gehör | gut <input type="checkbox"/> | vermindert <input type="checkbox"/> | Hörgerät <input type="checkbox"/> |
| - Sehkraft | gut <input type="checkbox"/> | vermindert <input type="checkbox"/> | stark vermindert <input type="checkbox"/> |



4. Allgemeinzustand

Orientierung

zeitlich normal leicht desorientiert schwer desorientiert
örtlich normal leicht desorientiert schwer desorientiert

Merkfähigkeit

angemessen vermindert unzureichend

Kontaktpflege

angemessen vermindert unzureichend

Suchterkrankungen

falls ja bzw. Spätfolgen, welche _____

Stimmung

ausgeglichen depressiv aufgeregte abgestumpft

Nachtruhe

ruhig öfters unruhig sehr unruhig Schlafstörung

5. psychiatrische bzw. gerontopsychiatrische Schwierigkeiten

Angststörung wahnhaftige Vorstellungen

andere _____

6. Diäten und Lebensmittelunverträglichkeiten

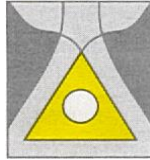
ja nein

Falls ja, welche?

7. Allergien und Unverträglichkeit von Medikamenten

ja nein

Falls ja, welche?



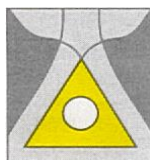
8. Krankengeschichte / kurze Anamnese

9. Therapie

10. Hinweise für das Vorliegen von ansteckenden Krankheiten

ja nein

Falls ja, welche?



11. Impfungen

- Pneumokokken
- Grippe
- Tetanus

sonstige:

11. Empfehlungen des/der Arztes/Ärztin

- Physiotherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Beratung durch das ZPG

Datum und Stempel

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin