



Bezirksgemeinschaft Salten - Schlern
Comunità comprensoriale di Salto - Sciliar
Comunità raion Salten - Scilier

Seniorenwohnheim „BACHERHOF“ Tiers

St. Georgstraße 22 – 39050 Tiers

0471 - 642330

altersheim.tiers@bzgsaltenschlern.it

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß und kreuzen Sie zutreffende Angaben an.

(mit dem Hausarzt auszufüllen und dem Ansuchen um Aufnahme beizulegen)

Für die Aufnahme in das Seniorenwohnheim von Tiers des:

PERSÖNLICHE DATEN

Nachname.....	Vorname.....
Geboren am.....	Geburtsort.....
Wohnort.....	Datum.....

KURZE KRANKENGESCHICHTE:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DERZEITIGE DIAGNOSE:

.....
.....
.....

Allergien von Medikamenten

JA NEIN

welche?

.....

Allergien oder Intoleranzen:

von Lebensmitteln

JA NEIN

welche?

.....

Sonstige Allergien:

JA NEIN

welche?

DERZEITIGE THERAPIE:

KÖRPERLICHE BEHINDERUNGEN

Bestehen körperliche Behinderungen?

JA (Welche?) _____
 NEIN

PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Bestehen psychische Störungen?

JA (Welche?) _____
 NEIN

SUCHTKRANKHEITEN

Bestehen Suchtkrankheiten?

JA (Welche?)
 NEIN

SPRACHE

Welche Sprache spricht er oder sie?

Deutsch
 Italienisch
 Ladinisch

SPRECHEN

Wie spricht er oder sie?

normal
 langsam
 schwer verständlich
 fehlend oder unverständlich

KOMMUNIKATION

Wie ist seine / ihre Kommunikation?

kontaktfreudig
 reden nur bei Aufforderung
 verweigert Kommunikation

GEMÜTSSTIMMUNG

Wie ist seine / ihre Gemütsstimmung?

ausgeglichen
 depressiv
 apathisch
 beunruhigt
 leidet unter Angst und Wahnvorstellungen

AUFFÄLLIGES VERHALTEN

Wie ist seine / ihre Orientierung?

zeitlich orientiert
 örtlich orientiert
 situativ orientiert

phasenweise immer
 phasenweise immer
 phasenweise immer

Treten nachts Unruhe-Zustände auf?

JA
 NEIN

SEHKRAFT

HÖREN

ERNÄHRUNG

Wie ist seine / ihre Sehkraft?

gut
 leicht vermindert
 stark vermindert
 Brille

Wie hört er oder sie?

gut
 mäßig vermindert
 stark vermindert
 Hörgerät

Braucht er oder sie Hilfe beim Essen?

autonom
 nach Aufforderung
 mit Teilhilfe, unter Anwesenheit
 mit vollständiger Hilfe

Wie soll die Konsistenz der Nahrung sein?

feste Nahrung
 klein aufgeschnitten
 gemixt

INKONTINENZ

- Harninkontinenz JA
 NEIN
- Stuhlinkontinenz JA
 NEIN

HILFSBEDÜRFIGKEIT

benötigt Hilfe beim	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An / Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen der Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GEHFÄHIGKEIT

Wie ist die Gehfähigkeit?

- ist frei geh fähig
 benötigt Gehhilfe, welche?
 muss begleitet werden
 braucht Rollstuhl
 ist bettlägerig

Lieg eine Patientenverfügung vor :

- JA NEIN

SONSTIGE BEMERKUNGEN:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Stempel und Unterschrift des Hausarztes als Bescheinigung der Wahrheit des oben ausgefüllten:

(Datum)

(Unterschrift des Arztes)