



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

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?**

- | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> zeitlich orientiert | <input type="radio"/> phasenweise | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> örtlich orientiert | <input type="radio"/> phasenweise | <input type="radio"/> immer |
| <input type="radio"/> situativ orientiert | <input type="radio"/> phasenweise | <input type="radio"/> immer |

Treten nachts Unruhe-Zustände auf?

- ☐ JA
- ☐ NEIN

SEHKRAFT**Wie ist seine / ihre Sehkraft?**

- ☐ gut
- ☐ leicht vermindert
- ☐ stark vermindert
- ☐ Brille

HÖREN**Wie hört er oder sie?**

- ☐ gut
- ☐ mäßig vermindert
- ☐ stark vermindert
- ☐ Hörgerät

ERNÄHRUNG**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	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

HILFSBEDÜRFTIGKEIT				
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?
<input type="radio"/> ist frei geh fähig <input type="radio"/> benötigt Gehhilfe, welche? <input type="radio"/> muss begleitet werden <input type="radio"/> braucht Rollstuhl <input type="radio"/> ist bettlägerig

Liegt eine Patientenverfügung vor :

☐ JA ☐ NEIN

SONSTIGE BEMERKUNGEN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift des Arztes)