maria stadler haus
SENIORENHEIM HAAR

Vockestaßße. 75 | 85540 Haar | Tel 089-4515188-500 | Fax 089-4515188-501 | info@msh-haar.de | www.msh-haar.de

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN ZUR HEIMAUFNAHME

Bitte vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen und ggf. im verschlossenen Umschlag übergeben.

VOR- UND ZUNAME						
GEBURTS DATUM						
BESTEHENDE DIAGNOSEN						
	FREI VON ANSTECKENDEN KRANKHEITEN?	☐	JA	☐	NEIN, DIAGNOSE:	
HILFEBEDARF	BETTLÄGERIG?	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	IMMOBIL?	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM GEHEN	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM TREPPENSTEIGEN	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM ESSEN	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM WASCHEN	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM AN- / AUSKLEIDEN	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM FRISIEREN / RASIEREN	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM AUFSTEHEN	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	BEIM TOILETTENGANG	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
KONTINENZ	HARNINKONTINENZ	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
	STUHLINKONTINENZ	☐	JA	☐	NEIN	☐ MANCHMAL
ERNÄHRUNG	ERNÄHRUNGSZUSTAND	☐	ANGEMESSEN	☐	KACHEKTISCH	☐ ADIPÖS
	DIÄT ERFPORDERLICH?	☐	NEIN	☐	JA, UND ZWAR:	

PFLEGERELEVANTE RISIKOFAKTOREN	☐	PEG	☐	DK / PUFI
	☐	TRACHEOSTOMA	☐	WACHKOMA
	☐	KONTRAKTUREN	☐	MRSA / ORSA
	☐	FLÜSSIGKEITSDEFIZIT	☐	ERNÄHRUNGSDEFIZIT
	☐	SCHLUCKSTÖRUNGEN	☐	DIABETES MELLITUS
	☐	DEKUBITUS GEFAHR	☐	DEKUBITUS GRAD
	☐	WUNDEN	☐	STURZGEFAHR
	☐	SONSTIGE		

HILFSMITTEL	ROLLSTUHL VORHANDEN	☐	JA	☐	NEIN	☐ **NICHT NÖTIG**
	ROLLATOR VORHANDEN	☐	JA	☐	NEIN	☐ **NICHT NÖTIG**
	BENÖTIGT WIRD:					

maria stadler haus
SENIORENHEIM HAAR

ORIENTIERT?	PERSÖNICH	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	ZEITLICH	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	ÖRTLICH	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	SITUATIV	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	NACHTAKTIV	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
VERHALTEN	FREMDGEFÄHRDUNG	☐ NEIN	☐ WENN JA, WELCHE	
	SELBSTGEFÄHRDUNG	☐ NEIN	☐ WENN JA, IN WIE FERN?	
	BESTEHT EINE SUCHTERKRANKUNG	☐ NEIN	☐ WENN JA, IN WIE FERN?	
	BESTEHT WEGLAUFTENDENZ?	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
	IST DER PATIENT KOOPERATIONSBEREIT?	☐ JA	☐ NEIN	☐ MANCHMAL
STIMMUNG				

LETZTE MEDIKATION	MEDIKAMENT	MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT

WARUM WIRD EINE STATIONÄRE PFLEGE FÜR NOTWENDIG ERACHTET

HINWEISE / BEMERKUNGEN

STEMPEL **UNTERSCHRIFT ARZT** **DATUM**