

An das

**Seniorenheim der PKP Seniorenbetreuung**  
**Heinrichsort GmbH**  
 Prinz-Heinrich-Str.18  
 09350 Lichtenstein / OT Heinrichsort

Tel.: 037204/30-0 Fax: 037204/30-16

Eingangsvermerk des Hauses

**Betreff:**  
**HEIMAUFNAHME - ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN**

Vor- und Zuname  
 des Heimbewohners

Geburts-  
 datum:

**1. Hilfebedarf des künftigen Heimbewohners**

Besteht Hilfebedarf beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<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"/>
Essen	<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"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Frisieren/Rasieren	<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"/>
Zu Bett gehen	<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"/>
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"/>

Liegt Inkontinenz vor?

Harninkontinenz	<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"/>

Besteht Bettlägerigkeit?

Stuhlinkontinenz

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)

