

An das

**Seniorenzentrum der PKP Seniorenbetreuung  
Hohenstein-Er. GmbH  
Südstraße 13  
09337 Hohenstein-Er.**

Tel.: 03723/ 4940

Fax: 03723/494-108

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"/>

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"/>

Liegt Inkontinenz vor?

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Besteht Bettlägerigkeit?

Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**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)**

