PFLEGE WATTENS

HAUS AM KIRCHFELD
Martinsangerweg 1
6112 Wattens
Tel.: 05224-20911
Fax: 05224 -20911-311

HAUS SALURN
Salurnerstraße 5
6112 Wattens
Tel.: 05224-590
Fax: 05224-590-35

Bitte an beide Pflegeheime faxen, Danke!

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN ZUR HEIMAUFNAHME

Bitte alle Fragen vollständig beantworten und Zutreffendes ankreuzen.

PERSÖNLICHE DATEN HEIMBEWOHNER/-IN

Vor- und Zuname:	Geburtsname:
Versicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Familienstand:	Geburtsort:
Wohnadresse, Tel. Nr.:	
derzeitiger Aufenthaltsort:	(Krankenhaus usw. ...)
Hausarzt:	Religion:
derzeitige Pflegegeldstufe:	versichert bei:
um Erhöhung wurde angesucht:	☐ nein ☐ ja am .....
Rezeptgebühren befreit:	☐ ja laufend ☐ ja bis ..... ☐ nein ☐ beantragt am .....
Bezugs-, Kontaktperson:	
Wohnadresse:	
Telefon/Handy – Nr.:	
Sachwalter:	

MOBILISATION

☐ geht alleine	☐ geht mit Hilfsmitteln
☐ bettlägerig	

NAHRUNGSAUFNAHME

☐ selbständig	☐ Essen mit Hilfe	☐ künstliche Ernährung, Sonde

KOSTFORM

☐ NORMAL	☐ ZUCKERDIÄT	☐ SONSTIGES:

KONTINENZ

☐ Harninkontinenz	☐ Stuhlinkontinenz
☐ BDK (Blasendauerkatheter)	☐ suprapubischer Dauerkatheter

ORIENTIERUNG

örtlich:	☐ ja	☐ nein	☐ nicht bekannt	☐ Weglaufgefahr
zeitlich:	☐ ja	☐ nein	☐ nicht bekannt	
situationsbezogen	☐ ja	☐ nein	☐ nicht bekannt	
persönlich	☐ ja	☐ nein	☐ nicht bekannt	

NACHTRUHE

☐ schläft durch	☐ steht in manchen Nächten auf	☐ schläft nur mit Medikamenten durch

KÖRPERLICHE BEHINDERUNGEN/EINSCHRÄNKUNGEN

☐ nicht bekannt	☐ bekannt – Welche?
	☐ Hautschäden – Welche?

DIAGNOSEN

MEDIKAMENTE

Medikament:	morgens	mittags	abends	nachts

BESONDERE VORSICHTSMAßNAHMEN BEI DER PFLEGE (ANSTECKENDE KRANKHEITEN)

☐ nicht bekannt	☐ bekannt – Welche?

ALLFÄLLIGE ANDERWEITIGE, DIE PFLEGE ERSCHWERENDE GEGEBENHEITEN (BEI BEDARF ERGÄNZEN):

☐ häufige Anfälle, mehr als 1/Tag	☐ ständige Aufsicht
☐ schwere Schmerzzustände	☐ erhebliche Störung der Sinnesfunktionen

VORAUSSICHTLICHE ENTWICKLUNG

☐ derzeit nicht als Dauerzustand aufzufassen
☐ wahrscheinlich langfristig gleichbleibend (über 1 Jahr)
☐ wahrscheinlich langfristig gleichbleibend mit voraussichtlicher Verschlechterungstendenz

PFLEGEBEFUND

☐ Der Heimwerber ist nicht pflegebedürftig
☐ Der Heimwerber ist teilweise pflegebedürftig
☐ Der Heimwerber ist voll pflegebedürftig

Erstellt am: Unterschrift und Stempel:

Tel. Nr. bei Rückfragen: