



An den  
Ö.B.P.B. Spitalfond zur Hl. Dreifaltigkeit  
Seniorenwohnheim Annenberg Latsch  
Hauptstr. 57  
39021 Latsch

**ärztlicher Fragebogen für das Ansuchen zur Aufnahme**

bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen und eine Kopie des Therapieplans bzw. der Anamnese falls möglich beilegen

**Arzt für Allgemeinmedizin**

Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_

Str.nr.

\_\_\_\_\_

Gemeinde

\_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

(es kann auch ein Stempel mit denselben Angaben angebracht werden)

Herr/ Frau

\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

wohnhaft in

\_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt

\_\_\_\_\_



1. **Diagnosen** (bitte ausschreiben, anzuführen sind vor allem solche, welche eine besondere Pflegerelevanz haben)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

2. **Funktionseinschränkungen** (von den Diagnosen abzuleitende Einschränkungen)

**des Stütz- und Bewegungsapparates**

- keine       mäßig       schwer

**der inneren Organe**

- keine       mäßig       schwer

**der Sinnesorgane**

- keine       mäßig       schwer

**des Zentralnervensystems**

- keine       mäßig       schwer

**der Psyche und/oder der kognitiven Leistungen**

- keine       mäßig       schwer

3. **Selbständigkeit**

- |                              |                              |                                     |   |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| - beim Gehen                 | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/>       | mit Gehhilfe <input type="checkbox"/>     |
|                              |                              |                                     | mit Begleitung <input type="checkbox"/>   |
|                              |                              |                                     | mit Rollstuhl <input type="checkbox"/>    |
| - bettlägerig                | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/>       |   |
| - beim Essen                 | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/>       |   |
| - beim An- und Auskleiden    | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/>       |   |
| - beim Waschen               | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/>       |   |
| - beim Benützen der Toilette | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/>       |   |
| - Harninkontinenz            | ja <input type="checkbox"/>  | nein <input type="checkbox"/>       |   |
| - Gehör                      | gut <input type="checkbox"/> | vermindert <input type="checkbox"/> | Hörgerät <input type="checkbox"/>         |
| - Sehkraft                   | gut <input type="checkbox"/> | vermindert <input type="checkbox"/> | stark vermindert <input type="checkbox"/> |



#### 4. Allgemeinzustand

##### Orientierung

zeitlich normal  leicht desorientiert  schwer desorientiert   
örtlich normal  leicht desorientiert  schwer desorientiert

##### Merkfähigkeit

angemessen  vermindert  unzureichend

##### Kontaktpflege

angemessen  vermindert  unzureichend

##### Suchterkrankungen

falls ja bzw. Spätfolgen, welche \_\_\_\_\_

##### Stimmung

ausgeglichen  depressiv  aufgeregte  abgestumpft

##### Nachtruhe

ruhig  öfters unruhig  sehr unruhig  Schlafstörung

#### 5. psychiatrische bzw. gerontopsychiatrische Schwierigkeiten

Angststörung  wahnhaftige Vorstellungen

andere \_\_\_\_\_

#### 6. Diäten und Lebensmittelunverträglichkeiten

ja  nein

Falls ja, welche?

---

---

---

#### 7. Allergien und Unverträglichkeit von Medikamenten

ja  nein

Falls ja, welche?

---

---

---





### 11. Impfungen

- Pneumokokken
- Grippe
- Tetanus

**sonstige:**

---

---

---

---

### 11. Empfehlungen des/der Arztes/Ärztin

- Physiotherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Beratung durch das ZPG

---

---

---

---

---

---

Datum und Stempel

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin