



Bezirksgemeinschaft Salten - Schlern
Comunità comprensoriale di Salto - Sciliar
Cumunità raion Salten - Sciliar

Seniorenwohnheim „Bacherhof“ Tiers

St. Georgstraße 22 – 39050 Tiers

☎ 0471 - 642330

✉ altersheim.tiers@bzgsaltenschlern.it

Ärztlicher Fragebogen

mit dem Hausarzt auszufüllen und dem Ansuchen um Aufnahme beizulegen

Für die Aufnahme in das Seniorenwohnheim:

PERSÖNLICHE DATEN

Nachname.....	Vorname.....
Geboren am.....	Geburtsort.....
Wohnort.....	Datum.....

KURZE KRANKENGESCHICHTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AKTUELLE DIAGNOSEN:

.....

.....

.....

Allergien von Medikamenten?

- ☐ JA welche?.....
- ☐ NEIN

Allergien oder Intoleranzen von Lebensmitteln?

- ☐ JA welche?.....
- ☐ NEIN

Sonstige Allergien?

- ☐ JA welche?.....
- ☐ NEIN

AKTUELLE THERAPIE:

.....

.....

.....

KÖRPERLICHE BEHINDERUNGEN

Bestehen körperliche Behinderungen?

- ☐ JA (welche?).....
- ☐ NEIN

PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Bestehen psychische Störungen?

- ☐ JA (welche?).....
- ☐ NEIN

SUCHTKRANKHEITEN

Bestehen Suchtkrankheiten?

- ☐ JA (welche?).....
- ☐ NEIN

SPRACHE

Wie spricht er/sie?

- ☐ Deutsch
- ☐ Italienisch
- ☐ Ladinisch
- ☐ andere.....

SPRECHEN

Wie spricht er/sie?

- ☐ verständlich
- ☐ langsam
- ☐ schwer verständlich
- ☐ unverständlich oder gar nicht

KOMMUNIKATION

Wie ist seine/ihre soziale Interaktion?

- ☐ kontaktfreudig
- ☐ spricht nur bei Aufforderung
- ☐ verweigert die Kommunikation

STIMMUNG

Wie ist sein/ihr Gemüt?

- ☐ ausgeglichen
- ☐ beunruhigt
- ☐ apathisch
- ☐ depressiv
- ☐ leidet unter Angst und Wahnvorstellungen

ORIENTIERUNG

Wie ist seine/ihre Orientierung?

- | | | | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| zeitlich orientiert: | ☐ immer | ☐ phasenweise | ☐ nie |
| örtlich orientiert : | ☐ immer | ☐ phasenweise | ☐ nie |
| situativ orientiert: | ☐ immer | ☐ phasenweise | ☐ nie |

SEHEN

Wie ist seine/ihre Sehkraft?

- ☐ gut
- ☐ leicht vermindert
- ☐ stark vermindert
- ☐ Brille

HÖREN

Wie hört er/sie?

- ☐ gut
- ☐ leicht vermindert
- ☐ stark vermindert
- ☐ Hörgerät

ERNÄHRUNG

Braucht er/sie Hilfe beim Essen?

- ☐ autonom
- ☐ nach Aufforderung
- ☐ mit Teilhilfe, unter Anwesenheit
- ☐ mit vollständiger Hilfe

Wie soll die Konsistenz der Nahrung sein?

- ☐ fest
- ☐ klein aufgeschnitten
- ☐ gemixt

INKONTINENZ

Harninkontinenz: ☐ JA
☐ NEIN

Stuhlinkontinenz: ☐ JA
☐ NEIN

UNTERSTÜTZUNG				
benötigt Hilfe beim	nie	gelegentlich	häufig	immer
Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppen steigen	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
An/Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Frisieren/Rasieren	☐	☐	☐	☐
Aufstehen/Hinsetzen	☐	☐	☐	☐
Zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐	☐

FORTBEWEGUNG Wie bewegt er/sie sich fort? ☐ ist frei gehfähig ☐ mit Begleitung ☐ mit Hilfsmittel, welche..... ☐ ist bettlägerig

Liegt eine Patientenverfügung vor ?

☐ **JA** (bitte beifügen)

☐ **NEIN**

SONSTIGE BEMERKUNGEN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stempel und Unterschrift des Hausarztes als Bescheinigung der Wahrheit des oben ausgefüllten:

.....

Datum

.....

Unterschrift des Arztes