Ärztlicher Fragebogen

zur Heimanmeldung in TAILFINGEN

STIFTUNG AUGUSTENHILFE
ALBSTADT · PFLEGEHEIME

Unsere Einrichtungen

In Ebingen
Alten- und Pflegeheim
Sonnenstr. 62/64
72458 Albstadt-Ebingen
Tel. 07431-1325-0
Fax 07431-53012

In Tailfingen
Seniorenzentrum Albstadt
Adlerstraße 6
72461 Albstadt-Tailfingen
Tel. 07432-9840660
Fax 07432-9840676

Seniorenzentrum Albstadt
Adlerstr. 6

72461 Albstadt-Tailfingen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift:_____

Diagnose/n, bitte gut lesbar:

Ansteckungsfähige Erkrankung: **MRSA:** · nein · ja

· Nein · ja, folgende: _____

Heimpflegebedürftigkeit in stationärer Altenhilfe erforderlich: · nein · ja

Allergien inkl. Lebensmittelallergien: · Nein · ja, folgende: _____

Geistig-Seelischer Zustand: · unauffällig · nicht ansprechbar · psychisch krank
· örtlich u. zeitl. desorientiert · desorientiert zur Person · Suchterkrankung
· Gefahr des Weglaufens · nächtliche Unruhe · motor. Unruhe
· Sonstige Bemerkungen dazu:

· Harninkontinenz · Blasenkatheter · Stuhlinkontinenz · Stomaversorgung
· Sauerstofftherapie

Ernährungs-, Kräftezustand, Größe in cm_____, Gewicht in kg____
· normal · adipös · kachektisch
· Normalkost · Diät, welche_____ · Sondenernährung

Sehfähigkeit: · normal · eingeschränkt · blind
Hörfähigkeit: · normal · eingeschränkt · taub

Beweglichkeit:· · normal · zeitweise bettlägerig · bettlägerig

· eingeschränkt, wie: _____

Sonstiges:

_____ _____
Ort, Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt Stempel