



Kreisaltenheim  
**Grabenstätt**

Überseestraße 3  
83355 Grabenstätt  
Telefon: +49 8661 9884-0  
Telefax: +49 8661 9884-20



Kreisaltenheim  
**Palling**

Hochfellnweg 1  
83349 Palling  
Telefon: +49 8629 9880-0  
Telefax: +49 8629 9880-109



Kreisaltenheim  
**Trostberg**

Schedling 8  
83308 Trostberg  
Telefon: +49 8621 9855-0  
Telefax: +49 8621 9855-20

## Ärztlicher Fragebogen

### Anlässlich der Vormerkung/Aufnahme in eine Einrichtung der Altenhilfe

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

(zutreffendes bitte ankreuzen)

#### Körperlicher Zustand:

Gefähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sturzgefährdet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Ansprechbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Somolent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art _____
körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art _____
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art _____
Sehschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hörschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

#### Hilfebedürftig bei:

#### Ausscheidung:

Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Suprapubischer Katheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anus praeter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

#### Körperpflege:

Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Mund- und Zahnpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Nagelpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

**Mobilität:**

- |             |                             |                               |                                    |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Gehen       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Aufstehen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Zubettgehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Stehen      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |

**Ernährung:**

- |                                  |                             |                               |                                    |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Hilfe b. d. Nahrungsaufnahme     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Hilfe b. d. Flüssigkeitsaufnahme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Mundgerechte Vorbereitung        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                    |
| Vollkost                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                    |
| Diät                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                          |
| Leichte Kost                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                    |
| Flüssignahrung                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                          |
| Sondennahrung                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                          |
| Schluckstörungen                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                    |
| Sonstiges                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                          |

**Geistig-seelischer Zustand:**

- |                                |                             |                               |                                       |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Örtliche Orientierung          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Zeitliche Orientierung         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Zur eigenen Person orientiert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Werden Personen erkannt?       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Motorische Unruhe?             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Depressionen                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Halluzinationen                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Neigung zum Weglaufen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Nächtliche Unruhe              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Suizidgefahr                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |
| Demenz                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                             |
| Alkoholsüchtig                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |
| Medikamentenabhängig           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |
| Anfallsleiden                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                             |

**Grundstimmung:**

- |             |                             |                               |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| freundlich  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| willig      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| verdrößlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| aggressiv   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Hilfsmittel:**

- |           |                             |                               |                                       |
|-----------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Gehhilfe  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                             |
| Sehhilfe  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                             |
| Prothesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art _____                             |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Hörgerät  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                                       |

### Fähigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung

- |                    |                             |                               |                                    |
|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Wohnungsreinigung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Wäscheversorgung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Speisenzubereitung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |
| Einkaufen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise |

### Empfohlene stationäre Versorgung

- |                         |                             |                               |               |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|
| Betreutes Wohnen        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |               |
| Pflegebereich           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |               |
| Beschützende Abteilung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |               |
| Geronto-Psychiatrisch   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |               |
| Unterbringungsbeschluss | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |               |
| Fixierungsbeschluss     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |               |
| Pflegegrad              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | welchen _____ |
| gesetzliche Betreuung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |               |

Betreuer: \_\_\_\_\_

### Medikamente

- |                                |                             |                               |                                       |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Verabreichung von Medikamenten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | s. Ü-Bogen                            |
| Psychopharmaka (welche?)       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |

### Aktuelle Diagnosen:

---

---

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc gemäß § 36/4 Infektionsschutzgesetz)?

- ja  nein, welche \_\_\_\_\_

Ist der Patient MRSA- oder MSA- oder ORSA-Träger (Staphylococcus aureus)?

- nein  ja, welche \_\_\_\_\_

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Liegt eine meldepflichtige Erkrankung vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Scabies                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Hinweise und Bemerkungen: (bestehende Therapien)

---

---

---

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes

#### Träger:

Kreisaltenheime Traunstein GmbH  
Papst-Benedikt-XVI.-Platz  
83278 Traunstein Sitz in Traunstein  
AG Traunstein HRB 30246  
Nur Postanschrift:  
**Kreisaltenheime Traunstein GmbH**  
Kreisaltenheim Palling  
**Zentrale**  
Hochfellnweg 1  
83349 Palling

#### Geschäftsführung:

Markus Mayr  
**Vorsitz des Aufsichtsrates:**  
Landrat Siegfried Walch