

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN zur Heimaufnahme

im **Alpenpark - Zentrum für Pflege und Therapie GmbH**

Kaiserblickstr. 1-5 ▪ 83088 Kiefersfelden ▪ Tel.: 0 80 33 / 69 40 ▪ Fax: 0 80 33 / 98 49 1

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____ Krankenkasse: _____

Bekannte Erkrankungen

- Herzinsuffizienz
- koronare Herzerkrankung
- Art. Hypertonie RR: _____
- Herzrhythmusstörungen Welche: _____
- Herzschrittmacher
- Cerebralsklerose
- Psychiatrische Erkrankungen Welche: _____
- Multiple Sklerose
andere neurologische Erkrankungen: _____
- Cerebraler Insult am: _____
Tendenz: _____
- Periphere Lähmungen
seit: _____
Wo: _____
Tendenz: _____
- Diabetes mell. (Ø BZ) insulinpflichtig tablettentpflichtig
- Fettstoffwechselstörung Urathdiathese andere endokrine Erkrank.
- Adipositas Asthma bronchiale Chronische Bronchitis
- andere cardiopulmonale Erkrankungen: _____
- andere infektiöse o. parasitäre Erkrankungen: _____
- Gallenleiden Leberleiden Magenerkrankung
- Darmerkrankung Nierenerkrankung Blasenleiden
- Bluterkrankung Erkrankung der Geschlechtsorgane
- Tumorleiden: _____
- Unfallfolgen: _____
- degenerative Erkrankung des Bewegungsapparates rheumatische Erkrankung
- Hauterkrankung



Alpenpark Zentrum für Pflege und Therapie GmbH

Kaiserblickstr. 1-5 ▪ 83088 Kiefersfelden ▪ Tel.: 0 80 33 / 69 40 ▪ Fax: 0 80 33 / 98 49 1

E-Mail: info@alpenpark.de ▪ www.alpenpark.de

bitte wenden!

- sonstige Erkrankungen: _____

- Operationen: _____

Soziales Verhalten

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> gutmütig | <input type="checkbox"/> zur Person orientiert |
| <input type="checkbox"/> zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> bössartig |
| <input type="checkbox"/> unlenksam | <input type="checkbox"/> aufgeregt | <input type="checkbox"/> neigt zur Selbstschädigung |
| <input type="checkbox"/> neigt zur Absonderung | <input type="checkbox"/> neigt zur Entweichung | <input type="checkbox"/> Nikotinkonsum |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch | <input type="checkbox"/> Tablettenmissbrauch | |
| <input type="checkbox"/> kooperativ und motiviert bezüglich therapeutischer Maßnahmen | | |

Aktueller Befund

- Körpergröße: cm Körpergewicht: kg
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> gefähig | <input type="checkbox"/> gehfähig mit Hifsmittel | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> bettlägrig seit: | <input type="checkbox"/> Kachexie | |
| <input type="checkbox"/> fähig zur Körperpflege | <input type="checkbox"/> fähig, sich anzukleiden | |
| <input type="checkbox"/> fähig, selbständig zu essen | <input type="checkbox"/> ausreichende Ernährung durch orale Zufuhr möglich | |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Aphasie | |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Anus praeter | | |
- Der/die Patient/in ist aufgrund seines/ihres geistigen und körperlichen Zustandes in der Lage, an den angebotenen Therapien (Physio-, Ergo-, Logo- & Beschäftigungstherapie) teilzunehmen.
- Sonstiges (Allergie, Gewichtsverlauf, Keim u.a.): _____

Therapie

bisher durchgeführte physikalische, ergotherapeutische & logopädische Maßnahmen:

medikamentöse Therapie:

sonstige Informationen, Wünsche:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

