



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

Seniorenwohnheim St. Ulrich

Bahnhofstraße Nr. 3 – I – 39046 St. Ulrich

☎ 0471 - 796519

✉ [altersheim.stulrich@bzgsaltenschlern.it](mailto:altersheim.stulrich@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

### PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Bestehen körperliche Behinderungen?	Bestehen psychische Störungen?
<input type="radio"/> JA (welche?)..... <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA (welche?)..... <input type="radio"/> NEIN

### SUCHTKRANKHEITEN

Bestehen Suchtkrankheiten?
<input type="radio"/> JA (welche?)..... <input type="radio"/> NEIN

### SPRACHE

Wie spricht er/sie?
<input type="radio"/> Deutsch <input type="radio"/> Italienisch <input type="radio"/> Ladinisch <input type="radio"/> andere.....

### SPRECHEN

Wie spricht er/sie?
<input type="radio"/> Verständlich <input type="radio"/> langsam <input type="radio"/> schwer verständlich <input type="radio"/> unverständlich oder gar nicht

### KOMMUNIKATION

Wie ist seine/ihre soziale Interaktion?
<input type="radio"/> kontaktfreudig <input type="radio"/> spricht nur bei Aufforderung <input type="radio"/> verweigert die Kommunikation

### STIMMUNG

Wie ist sein/ihr Gemüt?
<input type="radio"/> ausgeglichen <input type="radio"/> beunruhigt <input type="radio"/> apathisch <input type="radio"/> depressiv <input type="radio"/> leidet unter Angst und Wahnvorstellungen

### ORIENTIERUNG

Wie ist seine/ihre Orientierung?
zeitlich orientiert: <input type="radio"/> immer <input type="radio"/> phasenweise <input type="radio"/> nie örtlich orientiert: <input type="radio"/> immer <input type="radio"/> phasenweise <input type="radio"/> nie situativ orientiert: <input type="radio"/> immer <input type="radio"/> phasenweise <input type="radio"/> nie

### SEHEN

Wie ist seine/ihre Sehkraft?
<input type="radio"/> gut <input type="radio"/> leicht vermindert <input type="radio"/> stark vermindert <input type="radio"/> Brille

### HÖREN

Wie hört er/sie?
<input type="radio"/> gut <input type="radio"/> leicht vermindert <input type="radio"/> stark vermindert <input type="radio"/> Hörgerät

### ERNÄHRUNG

Braucht er/sie Hilfe beim Essen?	Wie soll die Konsistenz der Nahrung sein?
<input type="radio"/> autonom <input type="radio"/> nach Aufforderung <input type="radio"/> mit Teilhilfe, unter Anwesenheit <input type="radio"/> mit vollständiger Hilfe	<input type="radio"/> fest <input type="radio"/> klein aufgeschnitten <input type="radio"/> gemixt

### INKONTINENZ

Harninkontinenz: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	Stuhlinkontinenz: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
---	--

UNTERSTÜTZUNG				
benötigt Hilfe beim	nie	gelegentlich	häufig	immer
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An/Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen/Hinsetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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**