

## Ärztliche Bewohnerangaben zur Aufnahme ins Alterszentrum Hochweid

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

### Diagnosen

---

---

---

---

### Aktuelle Medikation

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Weitere Angaben

### Physisch

- |                                                                 |                                            |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sehschwäche                            | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel       |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit                        | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel       |
| <input type="checkbox"/> Sturzgefahr                            | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel       |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung                          |                                            |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung                         |                                            |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                               | <input type="checkbox"/> insulinpflichtig  |
| <input type="checkbox"/> Urin-Inkontinenz                       | <input type="checkbox"/> Stuhl-Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung |                                            |

### Psychisch

- weitgehend unauffällig
- Demenz
- |                                            |                                   |                                  |                                   |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desorientiertheit | <input type="checkbox"/> zeitlich | <input type="checkbox"/> örtlich | <input type="checkbox"/> situativ |
| <input type="checkbox"/> Unruhe            | <input type="checkbox"/> tagsüber | <input type="checkbox"/> nachts  |                                   |
- Weglaufgefahr
- depressiv
- suizidal
- Hinweise für Psychose

### Allgemein

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Patientenverfügung vorhanden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spitex                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aufnahme ins Heim empfohlen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

aus folgenden Gründen \_\_\_\_\_

---

## Ergänzende Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin