

## Ärztlicher Fragebogen

Nur auszufüllen falls keine Pflegeeinstufung vorliegt

Herr/Frau .....  
geboren am ..... in .....  
wohnhaft in .....  
derzeitiger Aufenthalt .....

### Bitte zutreffendes ankreuzen:

- |                                       |                              |                                     |                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Selbständig bzw. ohne Hilfe aufstehen | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> nicht in der Lage                |
| Selbständig bzw. ohne Hilfe gehen     | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> mit Gehhilfe<br><input type="checkbox"/> mit Begleitung<br><input type="checkbox"/> nicht in der Lage                |
| Selbständig waschen                   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Selbständig an- und auskleiden        | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Selbständig und ohne Hilfe essen      | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Selbständiges Benützen der Toilette   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe<br><input type="checkbox"/> vollständig auf Hilfe angewiesen |
| Leidet an Harninkontinenz             | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> teilweise  | <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                 |
| Inkontinenzmaterial notwendig         | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       |                                                                                                                                               |
| Leidet an Stuhlinkontinenz            | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> teilweise  | <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                 |
| Inkontinenzmaterial notwendig         | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       |                                                                                                                                               |
| Ist bettlägerig                       | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein       |                                                                                                                                               |
| Orientierung                          |                              |                                     |                                                                                                                                               |
| zeitlich                              | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> schwer desorientiert                                                                                                 |
| örtlich                               | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> schwer desorientiert                                                                                                 |



# VinzenzHaus

Gehör: ☐ gut ☐ vermindert ☐ Hörgerät kompensiert vollständig  
☐ Hörgerät kompensiert weniger als 50%

Sehkraft ☐ gut ☐ vermindert ☐ Sehhilfe kompensiert vollständig  
☐ Sehhilfe kompensiert weniger als 50%

Schmerz ☐ selten ☐ häufig ☐ chronisch  
☐ Kompensation möglich ☐ Kompensation nicht möglich  
z.B. mit Schmerzmitteln z.B. auch nicht mit Schmerzmitteln

## Beziehungsverhalten

Erkennt nahestehende Menschen ☐ ja ☐ nein  
Interaktion ☐ aktiv möglich ☐ nur passiv möglich  
Ablehnendes - abwehrendes Verhalten ☐ ja ☐ nein

## Kommunikation

Bedürfnisäußerung möglich ☐ ja ☐ nein  
Verbale Kommunikation ☐ möglich ☐ nicht möglich  
Emotionales Verhalten ☐ unauffällig bzw. der Lebenssituation angemessen  
Situatives aggressives Verhalten ☐ ja ☐ nein

## Beispiele:

Situatives depressives Verhalten ☐ ja ☐ nein

## Beispiele:

Langanhaltend aggressiv ☐ ja ☐ nein  
Langanhaltend depressiv ☐ ja ☐ nein  
Ängste, Zwänge, Halluzinationen ☐ ja ☐ nein

Schlafverhalten ☐ unauffällig ☐ situationsbedingte Unruhe  
Schlafstörung ☐ ja ☐ nein

Abhängigkeitserkrankungen ☐ nein ☐ ja, und zwar: .....

## Empfehlungen des Arztes/der Ärztin:

☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Psychotherapie ☐

andere: .....

Betreuung am Domizil sinnvoll ☐ ja ☐ nein

Betreuung am Domizil möglich ☐ ja ☐ nein

Betreuung in Seniorenwohnheim Langzeitpflege sinnvoll ☐ ja ☐ nein

Betreuung in Seniorenwohnheim Kurzzeitpflege sinnvoll ☐ ja ☐ nein

Es wird bestätigt, dass der Patient keine Hinweise für das Vorliegen von ansteckenden Krankheiten zeigt.

→ **WICHTIG: Bitte aktuelle Diagnose und aktuellen Therapieplan beilegen**

Name des Allgemeinmediziners:

.....

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

.....

.....

