

Ärztlicher Fragebogen zur Heimanmeldung in EBINGEN



**Unsere
Einrichtungen**

In Ebingen
Alten- und Pflegeheim
Sonnenstr. 62/64
72458 Albstadt-Ebingen
Tel. 07431-1325-0
Fax 07431-53012

In Tailfingen
Seniorenzentrum Albstadt
Adlerstraße 6
72461 Albstadt-Tailfingen
Tel. 07432-9840660
Fax 07432-9840676

Stiftung Augustenhilfe Albstadt
Sonnenstr. 62/64

72458 Albstadt-Ebingen

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Anschrift: _____

Diagnose/n, bitte gut lesbar:

Ansteckungsfähige Erkrankung: _____ **MRSA:** nein ja

Nein ja, folgende: _____

Heimpflegebedürftigkeit in stationärer Altenhilfe erforderlich: nein ja

Allergien inkl. Lebensmittelallergien: Nein ja, folgende: _____

Geistig-Seelischer Zustand: unauffällig nicht ansprechbar psychisch krank
 örtlich u. zeitl. desorientiert desorientiert zur Person Suchterkrankung
 Gefahr des Weglaufens nächtliche Unruhe motor. Unruhe
 Sonstige Bemerkungen dazu: _____

Harninkontinenz Blasenkatheter Stuhlinkontinenz Stomaversorgung
 Sauerstofftherapie

Ernährungs-, Kräftezustand, Größe in cm _____, Gewicht in kg _____

normal adipös kachektisch
 Normalkost Diät, welche _____ Sondenernährung

Sehfähigkeit: normal eingeschränkt blind

Hörfähigkeit: normal eingeschränkt taub

Beweglichkeit: normal zeitweise bettlägerig bettlägerig

eingeschränkt, wie: _____

Sonstiges:

Ort, Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt

Stempel