

# Gesundheitsbogen

anlässlich der Anmeldung  
im Haus St. Vinzenz

Seniorenbetreuung Scheidegg gGmbH

Senioren- und Pflegeheim St. Vinzenz

Am Sportplatz 7 | 88175 Scheidegg

Tel.: 08381 / 807 809-0 | Fax: 08381 / 807 809-70



**Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. ausfüllen und/oder ankreuzen**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Fremde Hilfe notwendig beim

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Waschen         | <input type="checkbox"/> Duschen/Baden | <input type="checkbox"/> Essen/Trinken      |
| <input type="checkbox"/> Ankleiden       | <input type="checkbox"/> Auskleiden    | <input type="checkbox"/> Rasieren/Frisieren |
| <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |  |   |

Mobilität

- |                        |                                      |  |                                    |
|------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <b>Aufstehen</b>       | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| <b>Gehen</b>           | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| <b>Treppen steigen</b> | <input type="checkbox"/> ja          | <input type="checkbox"/> nein          | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| <b>Sitzen im Stuhl</b> | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| <b>Bettlägrig</b>      | <input type="checkbox"/> ja          | <input type="checkbox"/> zeitweise     | <input type="checkbox"/> nein      |

Hilfsmittel Bewegung

- |  |                                   |   |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl       | <input type="checkbox"/> Gehwagen | <input type="checkbox"/> Gehstützen/Stock |
| <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |                                   |   |

Gang zur Toilette

- |                                      |  |                                    |                               |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Anleitung | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> nein |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|

Beherrschung des Urinabgangs

- |                             |                               |                                      |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|

Beherrschung des Stuhlabgangs

- |                             |                               |                                      |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|

Hilfsmittel Ausscheidung

- |                                   |   |                                     |                                   |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Urinfl./Bettpfanne | <input type="checkbox"/> Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> Einlagen |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|

Orientierung

- |                       |  |   |  |
|-----------------------|--|---|--|
| <b>zeitlich</b>       | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> zeitweise            | <input type="checkbox"/> nein            |
| <b>örtlich</b>        | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> zeitweise            | <input type="checkbox"/> nein            |
| <b>persönlich</b>     | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> zeitweise            | <input type="checkbox"/> nein            |
| <b>situativ</b>       | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> zeitweise            | <input type="checkbox"/> nein            |
| <b>Weglauftendenz</b> | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> zeitweise | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

Kommunikation

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <b>hören</b>             | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> ohne Einschränkung |
| <b>sehen</b>             | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> ohne Einschränkung |
| <b>sprechen</b>          | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> ohne Einschränkung |
| <b>Sprachverständnis</b> | <input type="checkbox"/> eingeschränkt | <input type="checkbox"/> ohne Einschränkung |

Hilfsmittel Kommunikation

- |                                 |                                   |  |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
|---------------------------------|-----------------------------------|--|

Bewusstseinslage

- |                      |                                      |                                    |                                  |
|----------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <b>eingeschränkt</b> | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> ja        |                                  |
| <b>Falls ja</b>      | <input type="checkbox"/> ansprechbar | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> komatös |

Sonstige wichtige  
Informationen

- |   |                               |  |   |
|---|-------------------------------|--|---|
| <b>Medikamenteneinnahme selbständig</b>           | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja            |   |
| <b>Dekubitus</b>                                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wo: _____ |   |
| <b>Wunden</b>                                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wo: _____ |   |
| <b>Pilzinfektionen</b>                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wo: _____ |   |
| <b>Diabetiker</b>                                 | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig |
| <b>Allergien/Unverträglichkeit (z.B. Medizin)</b> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja            |   |
| Wenn ja, gegen was/welche: _____                  |                               |  |   |

Notizen/Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift des Ausfüllers

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung  
im Haus St. Vinzenz

Seniorenbetreuung Scheidegg gGmbH

Senioren- und Pflegeheim St. Vinzenz

Am Sportplatz 7 | 88175 Scheidegg

Tel.: 08381 / 807 809-0 | Fax: 08381 / 807 809-70



Liebe/r Ärzt/in,  
selbstverständlich können Sie uns die Diagnosen, Allergien und Medikamenten-Verordnungen Ihres Patienten auch auf Ihren individuellen Praxis-Formularen bestätigen. Wichtig ist uns „nur“, dass sämtliche nachfolgenden Fragen vor Heim-, bzw. Kurzzeit- oder Tagespflege-Aufnahme beantwortet sind. **Herzlichsten Dank für Ihre Mitarbeit!**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Gefährliche Eigenschaften?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Suchtkrankheiten?  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Ansteckende Krankheiten?  nein  MRSA  TBC  Hepatitis A  Hepatitis B  
(nach § 36 Abs.4 IfSG)  sonstige: \_\_\_\_\_

Diagnosen und Allergien: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Medikamente & Dosierung: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sonstige Hinweise/Anmerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum und Unterschrift des Arztes