SOZIAL SPRENGEL VÖLS
beratung | bildung | ehrenamt

Bahnhofstraße 19 . 6176 Völs . Telefon: 0512 / 30 47 76 . Fax: DW 5
E-Mail: sozialsprengel-voels@spv.tirol . www.voels.at/sozialsprengel

Arzt-Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten und Zutreffendes ankreuzen.
Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Gesundheitsdienste Völs KundInnen nicht aufnehmen kann, die über punktierten Portacath oder Subclavia-Anschluss versorgt werden müssen oder besonders verhaltensauffällig sind.

Name des Klienten:
SVNr./Geburtsdatum:

Diagnosen

Unter Berücksichtigung der für die Pflegebedürftigkeit relevanten Gesundheitsstörungen und Gebrechen.

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Dementielle Erkrankung □ nein □ ja

Typ:……

MMSE:…… □ nicht erhoben

Besondere Vorsichtsmaßnahmen bei der Pflege und Betreuung geboten:
Übertragbare Krankheiten, Multiresistente Keime, Blutungsneigung, etc.

□ nein □ ja

……..

Allergien □ nein □ ja

……..

Covid -19 Impfung □ nein □ ja
(Impfdatum beider Impfungen bitte eintragen) □ erwünscht □ genesen

……..

Auffälligkeiten

Schwere Schmerzzustände	□ nein	□ ja
Anfälle	□ nein	□ ja
Beeinträchtigte Atmung	□ nein	□ ja
Erhebliche Störungen der Sinnesfunktionen	□ nein	□ ja
Ständige Beobachtung notwendig	□ nein	□ ja
Ständige Aufsicht notwendig	□ nein	□ ja
Eigen- und Fremdgefährdung	□ nein	□ ja
Stationärer Aufenthalt „A3“ in der Vergangenheit notwendig	□ nein	□ ja

Infusionstherapie notwendig im Pflegeheim □ nein □ ja

Infusionen……
Die Infusionstherapie ist nur möglich, wenn der Hausarzt diese Betreuung im Heim unterstützt. Deshalb bitte vorher unbedingt mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen!

Besondere Verordnungen (RR-KO, BZ-KO, Bandagieren, ATS, etc.)

□ nein □ ja

…….

Kostform □ Normalkost □ Schonkost □ Breikost
□ Diabeteskost □ Sondennahrung

Dauerkatheter	□ nein	□ ja
Suprapubischer Katheter	□ nein	□ ja
Stoma	□ nein	□ ja
Magensonde	□ nein	□ ja
Trachealkanüle	□ nein	□ ja

Bitte legen Sie eine aktuelle Medikamentenverordnung bei!

Name des Arztes:…….

Ort, Datum:……**Stempel/Unterschrift:**……