



Kaiserblickstr. 1-5
83088 Kiefersfelden
Tel.: 0 80 33 / 69 40
Fax: 0 80 33 / 98 4 91

ALPENPARK
Zentrum für Pflege und Therapie GmbH

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Vormerkung zur Heimaufnahme

(Bitte unbedingt vor Aufnahme an den Alpenpark senden)

I. Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ geboren: _____
Anschrift: _____ Krankenkasse: _____

Vormerkung für Langzeitpflege Kurzzeitpflege

II. Bekannte Erkrankungen

Herzinsuffizienz
 koronare Herzerkrankung
 Art. Hypertonie RR: _____
 Herzrhythmusstörungen Welche? _____
 Herzschrittmacher
 Cerebralsklerose
 Psychiatrische Erkrankungen - Welche? _____

Multiple Sklerose
Andere neurologische Erkrankungen: _____

Cerebraler Insult am: _____
Tendenz? _____

Periphere Lähmungen seit: _____
Wo? _____
Tendenz? _____

Diabetes mell. (Ø BZ _____) insulinpflichtig tablettenpflichtig
 Fettstoffwechselstörung Urathdiathese andere endokrine Erkrankungen
 Adipositas Asthma bronchiale Chronische Bronchitis

andere cardiopulmonale Erkrankungen: _____

andere infektiöse oder parasitäre Erkrankungen: _____

Gallenleiden Leberleiden Magenerkrankungen
 Darmerkrankungen Nierenerkrankungen Blasenleiden
 Bluterkrankungen Erkrankungen der Geschlechtsorgane

Tumorleiden: _____

Unfallfolgen: _____

- degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates rheumatische Erkrankungen
 Hauterkrankungen
 sonstige Erkrankungen? _____

- Operationen? _____

III. Soziales Verhalten

- ruhig gutmütig
 zeitlich orientiert örtlich orientiert zur Person orientiert
 unlenksam aufgereggt bösartig
 Neigung zur Absonderung Neigung zur Entweichung Neigung zur Selbstschädigung
 Alkoholmissbrauch Tablettenmissbrauch Nikotinkonsum
 kooperativ und motiviert bezüglich therapeutischer Maßnahmen

IV. Aktueller Befund:

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

- Gehfähig Gehfähig mit Hilfsmittel Rollstuhl
 Bettlägrig seit: _____ Kachexie
 fähig zur Körperpflege fähig, sich anzukleiden
 fähig, selbständig zu essen ausreichende Ernährung durch orale Nahrungszufuhr möglich
 Schluckstörungen Aphasie
 Harninkontinenz Dauerkatheter Stuhlinkontinenz
 Anus praeter
 Der/Die Patient/in ist aufgrund seines/ihres geistigen und körperlichen Zustandes in der Lage, an den angebotenen Therapien (Beschäftigungstherapie und physikalische Therapie) teilzunehmen.
 Sonstiges (Allergie, Gewichtsverlauf u.a.): _____

V. Therapie

Bisher durchgeführte physikalische, ergotherapeutische und logopädische Maßnahmen: _____

Medikamentöse Therapie: _____

Sonstige Informationen, Wünsche: _____

Ort: _____ Datum: _____

 Unterschrift und Stempel des Arztes