

ÄRZTLICHE PFLEGEBEDARFS-ERMITTLUNG

Begründung der Aufnahme bzw. einer allfälligen Dringlichkeit:

Daten des/der nächsten Angehörigen:
 Verwandtschaftsverhältnis Name

.....

Adresse/e-mail Adresse Tel.Nr.

.....

Sachwalter:
 nein
 ja

Falls bestellt, Daten des Sachwalters (bitte Nachweis beilegen)
 Name

.....

Adresse/e-mail Adresse Tel.Nr.

.....

Rezeptgebührenbefreiung: ja nein

Wer kommt für die Heimkosten auf?

- Selbstzahler
 Sozialhilfeantrag gestellt am

War der/die Aufzunehmende schon in einem Seniorenheim wohnhaft?

ja nein

Wenn ja, wo?

von bis

Datum

Unterschrift

Name	geboren am
Derzeitige Erkrankung(en):	
Derzeitige Medikamenteneinnahme:	
Spezielle Bedürfnisse:	

Diät-/Schonkost erforderlich ja nein

Wenn ja, welche?

Dauerkatheder ja nein

Anus praeter ja nein

Wenn ja, welcher?

Ucus-Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dekubitus-Pflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verbandwechsel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Marcoumar-Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Raucher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allergien bekannt ja nein

Wenn ja, welche?

Ansteckende Krankheiten bekannt ja nein

Wenn ja, welche?

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin