



FACHKLINIK MÜNSTERTAL

Albert-Hugard Strasse 34, 79219 Staufen

Tel.: 07633-8007 0 Fax: 07633-800 7 199 mailto: muenstertal@ak-familienhilfe.de

Fragebogen zur Aufnahme behinderter Erwachsener

(Stand 04/2009)

Datum:

Geplante Heilmaßnahme von _____ bis _____ in der Fachklinik Münstertal

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel.:

E-mail:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Was ist bei der Unterbringung zu berücksichtigen:

Art der Behinderung:

Geistige Behinderung leicht mittel schwer

Körperbehinderung:

Genaue Beschreibung:

Grad der Behinderung: % Merkzeichen: Pflegestufe:

Infektionen:

Neigung zu Atemwegsinfekten andere: _____
chron. Hepatitis B
chron. Hepatitis C

vollständiger Impfschutz unvollständiger Impfschutz nicht geimpft

Benötigte Hilfsmittel:

Rollstuhl	Sauerstoffgabe
Gehilfe	Ernährungssonde
Überwachungsgerät	Orthese / Prothese
Blasenkatheter	Pflegebett
Brille	Hörgerät(e)
Absaugkatheter	
Andere _____	

Fragen zur Pflege:

Ja oft gelegentlich Nein

Ist der/die Patient/in Rollstuhlfahrer ?
(muss er/sie immer geschoben werden ?)

Braucht er/sie Hilfe bei der Körperpflege?

Harn oder Stuhlinkontinenz

Braucht er/sie Hilfe beim An- und Auskleiden ?

Braucht er/sie Hilfe beim Essen?

Kann er/sie kurze Strecken alleine gehen ?

Kann er/sie kurze Strecken mit Hilfe gehen ?

Tägliche Zeitaufwand für die Pflege:

30min. bis 1h

> 1h

Beim Vorliegen eines Anfallsleidens:

Art der Anfälle:

Wie laufen sie ab (Beschreibung):

Wie häufig ungefähr (z.B. 1 mal in der Woche):

Letzter Anfall:

Sofortmedikation bei Anfällen:

Dauermedikamente:

1. _____ Dosierung: _____

2. _____ Dosierung: _____

3. _____ Dosierung: _____

4. _____ Dosierung: _____

Verständigung:

Versteht Sprache: regelmäßig teilweise reagiert auf Ansprache
Spricht: in ganzen Sätzen Einzelworte in Lauten durch Gesten

Kann lesen: fließend buchstabierend nicht

Kann schreiben fließend Einzelworte nicht

Sozialverhalten:

ängstlich zurückhaltend anpassungsfähig
lebhaft umtriebig aggressiv
Weglauff Tendenzen

Förderungen / Therapien am Heimatort in den letzten Jahren:

Krankengymnastik (____/Wo.)

Logopädie (____/Wo.)

Ergotherapie (____/Wo.)

psychologische Betreuung (____/Wo.)

Andere: _____

Sonstiges:

Ärztliche Betreuung am Heimatort:

Ärztliche Betreuung in spezieller Einrichtung: