



Fragebogen zur Aufnahme von Erwachsenen mit Handicap

Geplante Maßnahme von: _____ bis: _____ in der Fachklinik Münstertal

Name: _____ geboren am: _____

Adresse: _____ Gewicht: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Größe: _____

Telefon: _____ Email: _____

Art der Behinderung:

Geistige Behinderung leicht mittel schwer

Körperbehinderung

Grad der Behinderung : _____ Merkzeichen: _____ Pflegegrad: _____

Genauere Beschreibung: _____

Infektionen:

Neigung zu Atemwegsinfekten andere: _____

chronische Hepatitis B

chronische Hepatitis C

vollständiger Impfschutz unvollständiger Impfschutz nicht geimpft

Fragen zur Pflege:

Die Patientin /der Patient... (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ist Rollstuhlfahrer. | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim An- und Auskleiden. |
| <input type="checkbox"/> muss immer geschoben werden. | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe bei der Körperpflege wenn ja: <input type="checkbox"/> < 1Stunde tgl. |
| <input type="checkbox"/> kann kurze Strecken alleine gehen. | <input type="checkbox"/> hat Harn oder Stuhlinkontinenz. <input type="checkbox"/> > 1Stunde tgl. |

Dauermedikamente:

1. _____ Dosierung: _____

2. _____ Dosierung: _____

3. _____ Dosierung: _____

Bei Vorliegen eines Anfallsleidens:

Wie laufen die Anfälle ab?
(kurze Beschreibung)

Art der Anfälle: _____ Wie lange dauern die Anfälle? _____

Datum letzter Anfall: _____ Wie häufig treten die Anfälle auf? _____

Sofortmedikation bei Anfällen: _____

Fand bereits eine Notfalleinweisung wegen eines epileptischen Anfalls statt? ja nein

Verständigung:

Sprachverständnis: regelmäßig teilweise reagiert auf Ansprache

Sprache: in ganzen Sätzen Einzelworte in Lauten durch Gesten

Lesen: fließend buchstabierend nicht

Schreiben: fließend Einzelworte nicht

Sozialverhalten:

ängstlich zurückhaltend anpassungsfähig

lebhaft umtriebig aggressiv

Weglauftendenzen _____

Was sollte bei der Unterbringung berücksichtigt werden?

Benötigen Sie in unserer Klinik:

Pflegebett behindertengerechtes Bad Sonstiges: _____

Bitte beachten Sie, dass individuelle Hilfsmittel, Pflegemittel und Dauermedikamente für den eigenen Bedarf mit zu bringen sind!

Förderungen / Therapien am Heimatort:

Bisherige Therapien (Häufigkeit pro Woche):

Krankengymnastik Logopädie

Ergotherapie psychologische Betreuung

Andere: _____

Ärztliche Betreuung am Heimatort:

Behandelnder Arzt am Heimatort
(Adresse / Telefon) _____

Ärztliche Betreuung in spezieller Einrichtung: _____

Senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Fachklinik Münstertal, Abt. Medizin, Albert-Hugard-Str. 34, 79219 Staufen **oder** per Fax an die 07633 - 8007199