

FRAGEBOGEN BEI NEUAUFNAHME

Name des Aufzunehmenden

Sehr geehrte Angehörige,

um eine umfassende und geriatrische Betreuung ihres Angehörigen gewährleisten zu können, ist es für uns wichtig, vorab grundlegende Informationen zu erhalten. Dies umfasst den Gesundheitszustand, die psychische Verfassung, unmittelbare Lebensumstände, einschneidende Lebensereignisse/außergewöhnliche Vorfälle in jüngster Vergangenheit sowie weitere Informationen jeglicher Art, welche für die Unterbringung in unserer Einrichtung von Bedeutung sind. Ihre wahrheitsgemäßen Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und verschaffen uns die Möglichkeit, eine bedarfsgerechte Versorgung und Betreuung zu leisten.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt:

Name

1. GAB ES IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN / JÜNGSTER VERGANGENHEIT AUSSERGEWÖHNLICHE VORFÄLLE ODER EINSCHNEIDENDE EREIGNISSE / GESCHEHNISSE?

2. ZEIGT IHR ANGEHÖRIGER AUFFÄLLIGE VERHALTENSWEISEN?

z.B. verbal, tätlich, nächtliche Unruhe, Umtriebigkeit, Rufen/Schreien, Stimmungsschwankungen, Depressionen, Halluzinationen, etc.

Ja

Nein

2.1 WENN JA, INWIEFERN ÄUSSERT SICH DAS?

3. NEIGT IHR ANGEHÖRIGER ZU UMTRIEBIGKEIT? IST EINE WEGLAUFTENDENZ BEKANNT?

Nein

Ja,

Erläuterung

4.1 WAR IHR ANGEHÖRIGER IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN IN NEUROLOGISCHER ODER PSYCHATRISCHER BEHANDLUNG?

Nein Ja

4.2 WENN JA, NENNEN SIE BITTE DIE BEHANDELNDEN ÄRZTE/EINRICHTUNGEN:

Behandelnder Arzt/Einrichtung	Zeitraum	Grund/Diagnose

5.1 BESTEHT SUIZIDGEFAHR?

Nein Ja

5.2 WURDE IN DER VERGANGENHEIT BEREITS EIN SUIZIDVERSUCH ODER SUIZIDIALE ÄUSSERUNGEN UNTERNOMMEN?

Nein Ja,

6. BESTEHT/BESTAND IN DER VERGANGENHEIT EINE SUCHT/EIN SUBSTANZMISSBRAUCH?

Nein Ja,

7. HAT/HATTE (IN DEN LETZTEN 3 JAHREN) DER AUFZUNEHMENE ANSTECKENDE KRANKHEITEN/INFEKTIONSKRANKHEITEN?

z.B. MRSA, VRE, MRGN, Clostridien, Scabies... Nein Ja,

Ich versichere, obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und versichere ausdrücklich, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

