



# Geschwister de Haye'sche Stiftung

Karl-Härle-Straße 1 - 5 • 56075 Koblenz-Karthause • Tel.: 02 61-501-0 • Fax: 02 61-501-203 • E-Mail: info@dehaye.de • www.dehaye.de

(Vom Hausarzt auszufüllen)

## Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung im Altenwohnheim

### Angaben zur Person:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Kommunikation:

Sehfähigkeit  nicht eingeschränkt  eingeschränkt  mit Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Hörfähigkeit  nicht eingeschränkt  eingeschränkt  mit Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Sprachfähigkeit  nicht eingeschränkt  eingeschränkt  mit Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Abhängigkeit:  keine  Alkohol  Medikamente  andere: \_\_\_\_\_

### Gerontopsychiatrische Veränderungen:

nicht vorhanden  Aggression  Abwehrverhalten  motorische Unruhe

weitere Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Bitte wenden

**Behinderungen:**

körperlich: \_\_\_\_\_

geistig: \_\_\_\_\_

**Psychische Störungen:**

Wird diese behandelt?

1. \_\_\_\_\_  Ja  Nein

2. \_\_\_\_\_  Ja  Nein

3. \_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Bekannte ansteckende Krankheiten:** (z.B. MRSA, HIV, Hepatitis, TBC):

Nein

Ja, welche \_\_\_\_\_

**Diagnosen:**

**Hinweise / Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des **Arztes**