



SENIORENPFLEGE-EINRICHTUNG VILLA ANTIKA GMBH

Telefon | 07841 6666-0
Fax | 07841 6666-1190
Internet | www.villa-antika.de
Email | info@villa-antika.de

Martinstrasse 35 | 77855 Achern

ÄRZTLICHER ANAMNESEBOGEN

Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der Heimaufnahme:

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum / -ort: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Facharzt: _____

Aufnahmegrund:

Ärztliche Diagnosen:



SENIORENPFLEGENEINRICHTUNG VILLA ANTIKA GMBH

Telefon | 07841 6666-0
Fax | 07841 6666-1190
Internet | www.villa-antika.de
Email | info@villa-antika.de

Martinstrasse 35 | 77855 Achern

Klinikaufenthalte:

Klinik	Zeitraum	Diagnosen

Medikation:

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

Medikamente mitgegeben:

ja

nein



SENIORENPFLLEGENEINRICHTUNG VILLA ANTIKA GMBH

Telefon | 07841 6666-0
Fax | 07841 6666-1190
Internet | www.villa-antika.de
Email | info@villa-antika.de

Martinstrasse 35 | 77855 Achern

Ärztliche Verordnungen:

- Einnahme von Medikamenten
- Tropfen
- RR täglich wöchentlich monatlich
- Puls täglich wöchentlich monatlich
- BZ täglich wöchentlich monatlich
- Verbände _____
- Sauerstoffbehandlung
- Injektionen s. c. i. m.
- Wundversorgung _____

Prophylaktische Maßnahmen:

- Dekubitus Kontrakturen
- Pneumonie Soor
- Thrombose sonstiges: _____

Sonstiges:



SENIORENPFLEGE-EINRICHTUNG VILLA ANTIKA GMBH

Telefon | 07841 6666-0
Fax | 07841 6666-1190
Internet | www.villa-antika.de
Email | info@villa-antika.de

Martinstrasse 35 | 77855 Achern

PFLEGEANAMNESE

Ausscheidung:

Harninkontinenz: ja nein

Stuhlinkontinenz: ja nein

Ruhe und Schlaf:

Physiologischer Tag- / Nachtrhythmus gestörter Wach- / Schlafrythmus

Beweglichkeit:

Gehfähig: ja nein mit Hilfe

Ernährung:

Kostform: _____

Kommunikation:

Gestört: ja: _____ nein: _____

Sozialverhalten:

kontaktfreudig eingeschränkt kontaktfreudig

aggressiv: _____

Körperpflege:

Selbstständig mit Hilfe

Hautzustand:



SENIORENPFLEGEEINRICHTUNG VILLA ANTIKA GMBH

Telefon | 07841 6666-0
Fax | 07841 6666-1190
Internet | www.villa-antika.de
Email | info@villa-antika.de

Martinstrasse 35 | 77855 Achern

Orientierung:

Zeitlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Örtlich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Zur Person:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Situativ:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Weglauftendenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Umtriebigkeit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Aggressivität:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Suchtverhalten:

ja nein

Einschränkungen:

Sehestörungen Hörfehler Sprachstörungen

Frei von ansteckenden Krankheiten:

ja nein



SENIORENPFLEGENEINRICHTUNG VILLA ANTIKA GMBH

Telefon | 07841 6666-0
Fax | 07841 6666-1190
Internet | www.villa-antika.de
Email | info@villa-antika.de

Martinstrasse 35 | 77855 Achern

Hilfsmittel:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prothesen: _____ | <input type="checkbox"/> Brille: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät: _____ | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher: _____ | nächste Kontrolle: _____ |
| <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Trachealkanüle |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig | BE : _____ |
| <input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheder | <input type="checkbox"/> transurethraler Katheder |
| Medizinische Begründung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> PEG | |
| Medizinische Begründung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Allergien: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus (genaue Beschreibung): _____ | |
| _____ | |



SENIORENPFLEGEINRICHTUNG VILLA ANTIKA GMBH

Telefon | 07841 6666-0
Fax | 07841 6666-1190
Internet | www.villa-antika.de
Email | info@villa-antika.de

Martinstrasse 35 | 77855 Achern

Ermittlung des Pflegeaufwandes:

	Selbständig	Anleitung	Teilhilfe	Volle Übernahme
Ankleiden				
Waschen				
Baden / Dusche				
Rasieren				
Zahn- / Mundpflege				
Nagel- / Fußpflege				
Nahrungsaufnahme				
Aufstehen / zu Bett gehen				
Gehen				
Stehen				
Treppensteigen				
Ausscheidung / Urin				
Ausscheidung / Stuhl				

_____ Datum

_____ Unterschrift