

**Gesundheits-Fragebogen für Bewohner des Seniorenheims**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_ Zimmer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_ ab: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

ACHTUNG: Als Versicherter einer gesetzl. Krankenkasse legen Sie uns bitte die Krankenversichertenkarte vor. Bei Nichtvorlage müssten wir eine Privatrechnung stellen.

( ggf. mitversichert bei \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ )

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_  
(Telefon) \_\_\_\_\_

Betreuung durch Angehörigen  / Vormund : \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis (Tochter, Sohn,...) \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

**Kurz Anamnese:**

Kopie Stammblatt als Anlage (Details werden vom Zahnarzt aus dem Stammblatt übertragen bzw. ergänzt)

<i>Herzerkrankungen</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
<i>Allergien</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
<i>Infektionserkrankungen (Hepatitis, TBC, HIV)</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
<i>Innere Krankheiten (z.B. Diabetes)</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
<i>Blutgerinnungsstörungen (z. B. Marcumar)</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
<i>Stoffwechselerkrankung (z. B. Osteoporose)</i>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____

Kopie Medikamentenblatt vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (Datum) als Anlage

Behandlung mit Bisphosphonaten aktuell oder in der Vergangenheit  nein  ja: \_\_\_\_\_

Raucher-Gewohnheit?  nein  ja: wie viele ca. \_\_\_\_\_

Existiert eine Aufbisschiene?  nein  ja

Letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich? (sofern bekannt) \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Nonnenhorn, den \_\_\_\_\_