

## Fragebogen zur Aufnahmeplanung

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen zu Ihrem Aufenthalt in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik der Geriatrischen Fachklinik Rheinhessen-Nahe. Dieser Fragebogen soll Ihnen helfen, Ihrem Behandlungsteam erste Informationen über Ihre aktuelle Lebenssituation zu vermitteln. Dazu können Sie sich Zeit nehmen. Bitte füllen Sie den Fragebogen in aller Ruhe aus. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Wir unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht.

### 1. Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Angehörige / Ansprechpartner (und Telefonnummer):

#### Haben Sie einen Hausarzt?

Ja  Name \_\_\_\_\_

Nein

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

#### Werden Sie ambulant psychiatrisch behandelt?

Ja  Name \_\_\_\_\_

Nein

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

#### Werden Sie ambulant von einem weiteren Facharzt behandelt?

Ja  Name \_\_\_\_\_

Nein

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Leiden Sie an **Allergien, Infektionserkrankungen oder Unverträglichkeiten?**

**Ja**  und zwar:

**Nein**

---

---

---

---

---

Eine Einstufung in einen **Pflegegrad** ist erfolgt

**Ja**  und zwar \_\_\_\_\_

**Nein**

Es besteht ein **Grad der Behinderung**

**Ja**  und zwar \_\_\_\_\_

**Nein**

Ich habe einen **Schwerbehindertenausweis**

**Ja**  **Nein**

Ich habe **vorsorgende Verfügungen** ausgefüllt

Patientenverfügung **Ja**  **Nein**

Betreuungsverfügung **Ja**  **Nein**

Vorsorgevollmacht **Ja**  **Nein**  alternativ: Gesetzliche Betreuung: **Ja**  **Nein**

Name und Telefonnummer der/des Bevollmächtigten/ der/des ges. Betreuerin:

---

---

**Bitte bringen Sie Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung oder Betreuerausweis zur Aufnahme mit!**

Ich verfüge zuhause über folgende Hilfsmittel/ werde durch folgende Dienste unterstützt:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bitte senden Sie uns auch einen aktuellen Medikamentenplan und relevante Arztberichte vorangegangener stationärer oder ambulanter Behandlungen zu!**





## 4. Soziale Kontakte und Unterstützung

1) Wie leben Sie?

Schon lange alleine	
Seit kurzem alleine (<1 Jahr)	
Verpartnert	
Bei rüstigen Angehörigen	
Mit Lebenspartner, der selbst Hilfe braucht	
In einem betreuten Wohnangebot/ in einem Pflegeheim	

2) Haben Sie Personen, die Ihnen helfen und auf die Sie sich regelmäßig verlassen können? (Auch professionelle Helfer). Bitte benennen Sie:

---



---



---

3) Wie oft sehen Sie diese Personen?

Täglich/ mehrmals täglich	
Mindestens ein- bis zweimal in der Woche	
Seltener als einmal pro Woche	
Seltener als ein- bis zweimal im Monat	

4) Wie ist ihr Verhältnis zu diesen Personen?

Harmonisch, vertrauensvoll	
Teils konfliktgeladen, angespannt	

5) Wie haben sich in letzter Zeit ihre Kontakte entwickelt?

Habe neue Bekannte gewonnen	
Keine Veränderungen	
Einige habe ich aufgeben müssen	
Habe nahezu alle wichtigen Kontakte verloren	

6) Sind Sie mit diesem Zustand zufrieden?

Fühle mich rundum gut versorgt	
Es geht so, man muss zufrieden sein	
Fühle mich einsam und im Stich gelassen	

## 5. Soziale Aktivitäten

1) Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

---

2) Welche Hobbies oder Interessen haben Sie, die Sie noch regelmäßig betreiben?

(Gartenarbeit, Handarbeit, Lesen, Kirchengang, Enkel hüten, Musizieren, Sport, Theater, handwerkli. Tätigkeit usw.)

---



---



---

3) Haben Sie ein Haustier?

Ja	
Nein	

4) Wie oft verlassen Sie ihre Wohnung? (Einkaufen, Erledigungen, Spaziergänge, Besuche, Garten usw.)

Täglich	
Mindestens ein- bis zweimal in der Woche	
Seltener als einmal pro Woche	
Nie	

5) Wie haben sich in letzter Zeit Ihre Interessen entwickelt?

Habe noch neue Pläne und Interessen	
Unverändert	
Habe einige Interessen aufgeben müssen	
Habe fast alle Interessen verloren	

6) Sind Sie mit diesem Zustand zufrieden?

Voll und ganz, fühle mich nicht beeinträchtigt	
Fühle mich schon eingeschränkt, muss zufrieden sein	
Nein, bin durch Alter/ Krankheit stark behindert	

## 6. Wohnsituation

<b>Treppen</b>	Wohnung im Erdgeschoss oder Lift im Haus	
	Viele Treppen, erster Stock oder höher	
<b>Komfort</b>	Wohnung eingeschossig, geräumig, rollstuhlgängig	
	Beengte Verhältnisse, Türschwellen, viele Teppiche, mehrgeschossig	
<b>Bad/WC</b>	Innerhalb der Wohnung, rollstuhlgeeignet	
	Klein, nicht rollstuhlgängig	
	Außerhalb der Wohnung	
<b>Telefon</b>	Vorhanden	
	Nicht vorhanden	
<b>Beleuchtung</b>	Hell, genügend Lichtschalter	
	Schummrig beleuchtet, nicht genügend Lichtschalter	
<b>Einkaufen</b>	Alle Geschäfte des tägl. Bedarfs leicht erreichbar	
	Nur Bäcker / Metzger in der Nähe	
	Alle Geschäfte weiter entfernt	
<b>Nahverkehr</b>	Haltestelle weniger als 200m entfernt	
	Haltestelle weniger als 500m entfernt	
	Nächste Haltestelle mehr als 500m entfernt	
<b>Wohndauer</b>	Mehr als 5 Jahre	
	Weniger als 5 Jahre	
<b>Fühlen Sie sich in Ihrer Wohnung und der Wohngegend wohl?</b>		
	Bin mit der Wohnsituation sehr zufrieden	
	Geht so, muss zufrieden sein	
	Bin unzufrieden	

## 7. Ökonomische Verhältnisse

1) Kommen Sie mit ihrem Geld gut über die Runden?

Ja	
Nicht immer	
Nur wenig	
Nein	

2) Haben Sie Ersparnisse, Vermögen?

Ja, ausreichend	
Nur wenig	
Nein	

3) Regeln Sie ihre Finanzen selbst?

Ja	
Ja, aber ich brauche Hilfe	
Nein	

## 8. Persönliche Lebenssituation und körperliche Gesundheit

Fühlen Sie sich zurzeit körperlich gesund?  Ja  Nein

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie regelmäßig unter folgenden körperlichen Beschwerden leiden:

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Magenprobleme	<input type="checkbox"/> Verdauungs-probleme	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Heißhunger	<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> starkes Schwitzen
<input type="checkbox"/> Ohnmacht	<input type="checkbox"/> Herzklopfen	<input type="checkbox"/> Schwindel

An welchen körperlichen Erkrankungen leiden Sie, bzw. haben Sie durchgemacht?

---



---



---



---



---



---



---



---

Wurden bei Ihnen schon einmal Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche?

---



---



---



---

Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt? Nachts \_\_\_\_ Stunden , Tags \_\_\_\_ Stunden

Bitte geben Sie an, welche Substanzen Sie in den letzten fünf Jahren regelmäßig eingenommen haben (ungefähre Menge pro Tag)

Alkohol:

Zigaretten:

Kaffee / Tee:

