

# Seniorenpflege und Wohnen Delitzsch GmbH

Postanschrift: 04509 Delitzsch, L.-Jahn-Str. 13\*Tel.: 034202/3092-0 \* Fax: 034202/3092-29

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben.

1. Name (Familiename, bei Frauen auch Geb.-name)	
2. Vorname	
3. Geburts-Datum:	
4. Ist Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Beherrschung des Stuhlabganges?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nacht <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei
11. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zur Situation orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
13. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
14. Zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
15. Nachts ruhig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht immer
16. Gemütsstimmung	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> verdrießlich <input type="checkbox"/> _____
17. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
18. Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
19. Raucher	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
20. Apallisches Syndrom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21. Körperliche Behinderung(en) (Art)	
22. Geistig-seelische Behinderung oder Störung (Art)	
23. Angabe zu den Sinnen	Hören <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sehen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sprechen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
24. Diagnosen (auch frühere Krankheiten, Operationen) (Falls vorhanden, Kopien von Arztberichten beifügen)	
25. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (Tbc, MRSA, SARS- Covid 2)? SARS-Covid-2-Impfung erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum d. letzten Impfung:

26. Hinweise und Bemerkungen des Arztes	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes

**Bitte geben Sie zwingend einen aktuellen Medikamentenplan mit!**