



Senioren	
	Eingangsvermerke der Einrichtung

Ärztlicher Fragebogen		anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme			
Vor- und Zuname:					
Adresse	Straße/Nr.	_____			
	PLZ / Ort	_____			
	Telefon	_____			
Benötigt die/der Patient/in Hilfen beim Gehen?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Treppen steigen?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Essen und Waschen?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Ankleiden?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Frisieren und Rasieren?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Aufstehen aus dem Bett?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Zu Bett gehen?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Benutzen der Toilette	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
örtlich desorientiert?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
persönlich desorientiert?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
situativ desorientiert?	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	



Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Harninkontinenz	Nein <input type="checkbox"/>	Gelegentlich <input type="checkbox"/>	Häufig <input type="checkbox"/>	Dauernd <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, in welcher Form?	Stressinkontinenz <input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz <input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz <input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/>	Extra-urethrale Inkontinenz <input type="checkbox"/>
Wie ist die seelische Verfassung?					
Besteht eine Demenz (Diagnose ICD)					
Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art?)					
Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art?)					
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Genaue Bezeichnung:		
Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?	Ja <input type="checkbox"/>				
Frei von ORSA	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>			
Frei von MRSA	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>			
Diagnosen					
Ist eine laufende ärztliche Behandlung notwendig	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?		
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?					



Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)	
Bestehen Allergien? (Wenn ja, welche?)	
Bestehen Lebensmittelallergien	(Getreide, Krebstiere, Eier, Fische, Sojabohnen, Milch/Laktose, Schalenfrüchte/Nüsse, Sellerie, Senf, Sesamsamen, Schwefeldioxid/Sulfide, Lupinen, Weichtiere?), Wenn ja, welche?
Bestehen Medikamentenallergien (wenn ja, welche?)	
Hinweise / Bemerkungen	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes