



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 ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Treppen steigen?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Essen und Waschen?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Ankleiden?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Frisieren und Rasieren?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Aufstehen aus dem Bett?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Zu Bett gehen?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Benutzen der Toilette	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
örtlich desorientiert?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
persönlich desorientiert?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
situativ desorientiert?	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	



Liegt Inkontinenz vor?					
Stuhlinkontinenz	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Harninkontinenz	Nein ♦	Gelegentlich ♦	Häufig ♦	Dauernd ♦	
Wenn ja, in welcher Form?	Stressinkontinenz ♦	Dranginkontinenz ♦	Reflexinkontinenz ♦	Überlaufinkontinenz ♦	Extra-urethrale Inkontinenz ♦
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 ♦	Ja ♦	Genaue Bezeichnung:		
Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz vor?		Ja ♦			
Frei von ORSA	Nein ♦	Ja ♦			
Frei von MRSA	Nein ♦	Ja ♦			
Frei von Clostridien	Nein ♦	Ja ♦			
SARS-CoV-2 Testung erfolgt:	Nein ♦	Ja ♦	wenn Ja, Testergebnis vom:		
	Nicht bekannt ♦				



Diagnosen	
Ist eine laufende ärztliche Behandlung notwendig	Nein ♦ Ja ♦ 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