



<p>Senioren Seniorenwohnpark Moosburg  Soziale Zukunft GmbH Betriebsgesellschaft für soziale Einrichtungen Krankenhausweg 6 • 85368 Moosburg Tel. 0 87 61 - 66 88 - 0 • Fax 0 87 61 - 66 88 - 57 Eine Gesellschaft der  Oberbayern</p>	<p>Eingangsvermerke der Einrichtung</p>
--	---

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"/>	



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