



SENIORENHEIM  
ST. JOSEF

Seniorenheim St. Josef, Am Gries 8, 85104 Pförring  
Tel. 08403/9289-0 Fax-Nr. 08403/9289-333  
info@seniorenheim-pfoerring.de

## Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in eine stationäre Einrichtung

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beherrschung des Stuhlganges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fremde Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren
	<input type="checkbox"/> beim Gehen	<input type="checkbox"/> beim Rasieren
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen	<input type="checkbox"/> beim Lagern
	<input type="checkbox"/> aus dem Bett	<input type="checkbox"/> zur Nachtruhe
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Suchtkrankheit?  nein  ja, welche .....

Meldepflichtige Krankheiten -  ja  nein  
Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen  
Lungentuberkulose/§ 36 Infektionsschutzgesetz

bitte wenden

Körperliche Behinderung (en) – Art

.....  
.....

Geistig-seelische Behinderungen oder Störung – Art

.....  
.....

Sind Hilfsmittel nötig?      ( ) ja      ( ) nein      welche? .....

.....

Diagnose(n):

.....  
.....  
.....  
.....

Medikamente/Dosierung:

.....  
.....  
.....  
.....

Ist eine stationäre Unterbringung  
im Seniorenheim bzw. Pflegebereich notwendig?      ( ) ja      ( ) nein

Ist eine geschlossene Unterbringung notwendig?      ( ) ja      ( ) nein

Liegt Pflegebedürftigkeit vor?      ( ) ja      ( ) nein

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes