



# Ärztlicher Fragebogen

(zur Aufnahme in eine Einrichtung des NürnbergStifts)

- ☐ Langzeitpflege    ☐ Kurzzeitpflege    ☐ Verhinderungspflege    ☐ Häusliche Leistungen  
☐ Tagespflege    ☐ Nachtpflege

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefon:
Bevollmächtigte Person/Ansprechpartner/in:	Email:
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Bekannte/r <input type="checkbox"/> Betreuer/in <input type="checkbox"/> Angehörige/r	Telefon: Email:
Diagnosen:	

Pflegegrad vorhanden:            nein ☐                                  ja ☐ Grad \_\_\_\_\_                                  ☐ wird beantragt

**Ausschlusskriterien f. die Aufnahme:** Wachkoma, akute instabile Suchterkrankung, schwere psych.Erkrankungen

Leidet der Patient/die Patientin an ansteckenden oder übertragbaren Erkrankungen (auch Tbc)?	<b>nein</b>	<b>ja</b>
Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet der Patient/die Patientin an schweren psychischen Erkrankungen (z. B. Psychosen) im Akutstadium oder ist er suchtkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, was: _____		
Kann der Patient/die Patientin trotz seiner/ihrer eventuellen Verhaltensstörungen in der Bewohnergemeinschaft eines Wohn-, Alten- oder Pflegeheimes wohnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat er/sie ausgeprägte Hinlauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient/die Patientin blind oder erheblich sehschwach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angabe des aktuellen Gewichts: _____ kg	Körpergröße: _____ cm	

**Kognition/Kommunikation:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zum Ort desorientiert<br><input type="checkbox"/> zur Zeit desorientiert<br><input type="checkbox"/> zur Person desorientiert<br><input type="checkbox"/> zur Situation desorientiert<br><input type="checkbox"/> Kann Wünsche/Bedürfnisse äußern _<br><input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt<br><input type="checkbox"/> ausgeprägte Hinlauftendenzen bekannt | <input type="checkbox"/> Langzeitgedächtnis beeinträchtigt<br><input type="checkbox"/> Alltagskommunikation beeinträchtigt<br><input type="checkbox"/> Sprachbarriere: _____<br><input type="checkbox"/> Sinneseinschränkungen: _____<br><input type="checkbox"/> Schlaf/Nachtruhe beeinträchtigt<br><input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____<br><input type="checkbox"/> bes.krankheitsbezogenes Abwehrverhalten bekannt |
|---|--|



## Mobilität:

Fortbewegung: ☐ Selbstständig ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Immobil  
 Transfers: ☐ Selbstständig ☐ mit personeller Hilfe ☐ mit Hilfsmittel (Lifter etc.)  
 Sturzgefahr: ☐ ja ☐ nein  
 Lagerungen: ☐ ja ☐ nein

## Krankheitsbezogene Belastungen:

Medikamente: ☐ Selbstständig ☐ Richten ☐ Einnahmekontrolle  
 Kontinenz: ☐ Kontinent ☐ Harninkontinent ☐ Stuhlinkontinent  
 Schmerzen ☐ ja ☐ nein ☐ instabile Situation  
 Besonderes: ☐ Sauerstoffgabe ☐ Stoma ☐ Katheter ☐ Cystofix  
☐ Wunde: \_\_\_\_\_ ☐ bekannte palliative Situation

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Übernahme: ☐ ja ☐ nein

## Selbstversorgung:

Grundpflege: ☐ Selbstständig ☐ mit Begleitung/Aufsicht ☐ Übernahme  
 Kleiden: ☐ Selbstständig ☐ mit Begleitung/Aufsicht ☐ Übernahme  
 Essen & Trinken: ☐ Selbstständig ☐ mit Begleitung/Aufsicht ☐ Übernahme  
☐ Vollkost ☐ Diätkost ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

## Zusätzliche

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

## Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei.

Diese Unterlagen dienen zur Prüfung, ob eine Aufnahme in unserer Einrichtung möglich ist und stellt keine Zusage dar.

☐ August-Meier-Haus  
Regensburgerstr. 394  
90480 NürnbergStift



☐ Senioren-Wohnanlage Platnersberg  
Am Platnersberg 1  
90491 Nürnberg



☐ Pflegezentrum Sebastianspital  
Veilhofstr. 38  
90489 Nürnberg



☐ Senioren-Wohnanlage St. Johannis  
Johannisstr. 33  
90419 Nürnberg



☐ NürnbergStift Ambulante Dienste  
Veilhofstr. 38  
90489 Nürnberg



Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes (ggf. Klinikbereich)

\_\_\_\_\_

**Die Unterlagen können über das Kontaktformular verschlüsselt an die Einrichtung verschickt werden. Über den QR-Code gelangen Sie direkt zum jeweiligen Kontaktformular.**

**(auch per Fax möglich)**

