



Ärztlicher Fragebogen

(zur Aufnahme in eine Einrichtung des NürnbergStifts)

- Langzeitpflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Häusliche Leistungen
 Tagespflege Nachtpflege

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
	Telefon:
Anschrift:	Email:
Bevollmächtigte Person/Ansprechpartner/in:	Telefon:
	Email:
<input type="checkbox"/> Bevollmächtige/r	<input type="checkbox"/> Bekannte/r
<input type="checkbox"/> Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Angehörige/r
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)?
Falls ja, welche: _____

nein ja

Leidet der Patient/die Patientin an schweren psychischen Erkrankungen (z. B. Psychosen) im Akutstadium oder ist er suchtkrank?

Falls ja, was: _____

Kann der Patient/die Patientin trotz seiner/ihrer eventuellen Verhaltensstörungen in der Bewohnergemeinschaft eines Wohn-, Alten- oder Pflegeheimes wohnen?

Hat er/sie ausgeprägte Hinlaufendenzen

Ist der Patient/die Patientin blind oder erheblich sehschwach?

Angabe des aktuellen Gewichts: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Kognition/Kommunikation:

- zum Ort desorientiert
 zur Zeit desorientiert
 zur Person desorientiert
 zur Situation desorientiert
 Kann Wünsche/Bedürfnisse äußern
 Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt
 ausgeprägte Hinlaufendenzen bekannt

- Langzeitgedächtnis beeinträchtigt
 Alltagskommunikation beeinträchtigt
 Sprachbarriere: _____
 Sinneseinschränkungen: _____
 Schlaf/Nachtruhe beeinträchtigt
 Hilfsmittel: _____
 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)