



# Ärztlicher Fragebogen

(zur Aufnahme in die Senioren - Wohnanlage St. Johannis,  
Johannisstr. 33, 90419 Nürnberg)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
Diagnosen:	

Pflegegrad vorhanden: nein  ja  Grad \_\_\_\_\_

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

Leidet der Patient an ansteckenden oder übertragbaren Erkrankungen (auch Tbc)?  
Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

nein  ja

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

Falls ja, was: \_\_\_\_\_

Kann der Patient trotz seiner Verhaltensstörungen in der Bewohnerge-  
meinschaft eines Wohn-, Alten- oder Pflegeheimes wohnen?

Hat er ausgeprägte Hinlauftendenzen

Ist der Patient 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
- Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt
- Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

- Langzeitgedächtnis beeinträchtigt
- Alltagskommunikation beeinträchtigt
- Schlaf/Nachtruhe beeinträchtigt
- Sinneseinschränkungen: \_\_\_\_\_
- Kann Wünsche/Bedürfnisse äußern

## Mobilität:

- |               |  |  |  |                                  |
|---------------|--|--|--|----------------------------------|
| Fortbewegung: | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> Rollator              | <input type="checkbox"/> Rollstuhl                     | <input type="checkbox"/> Immobil |
| Transfers:    | <input type="checkbox"/> Selbstständig | <input type="checkbox"/> mit personeller Hilfe | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel (Lifter etc.) |                                  |
| Sturzgefahr:  | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein                  |  |                                  |
| Lagerungen:   | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein                  |  |                                  |



### Krankheitsbezogene Belastungen:

---

Medikamente:  Selbstständig  Richten  Einnahmekontrolle  
Kontinenz:  kontinent  Harninkontinent  Stuhlinkontinent  
Schmerzen  ja  nein  
Besonderes:  Sauerstoffgabe  Stoma  Katheter  Cystofix  
 Wunde \_\_\_\_\_  Dekubitus: \_\_\_\_\_

### Selbstversorgung:

---

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

**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.**

**Zusätzliche Anmerkungen:**

---

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

---

**Bitte beide Unterlagen per Mail zurück an:**  
**nst-ahj@stadt.nuernberg.de**

Vielen Dank!