



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

	nein	ja
Leidet der Patient an ansteckenden oder übertragbaren Erkrankungen (auch Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche: _____		

Leidet der Patient 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 trotz seiner Verhaltensstörungen in der Bewohnergemeinschaft eines Wohn-, Alten- oder Pflegeheimes wohnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat er ausgeprägte Hinlauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient 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 | <input type="checkbox"/> Langzeitgedächtnis beeinträchtigt |
| <input type="checkbox"/> zur Zeit desorientiert | <input type="checkbox"/> Alltagskommunikation beeinträchtigt |
| <input type="checkbox"/> zur Person desorientiert | <input type="checkbox"/> Schlaf/Nachtruhe beeinträchtigt |
| <input type="checkbox"/> zur Situation desorientiert | <input type="checkbox"/> Sinneseinschränkungen: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt | <input type="checkbox"/> Kann Wünsche/Bedürfnisse äußern |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____ | |

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!