



Ärztlicher Fragebogen

(zur Aufnahme in die Senioren - Wohnanlage Platnersberg,
Platnersberg 1, 90491 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)? nein ja
Falls ja, welche: _____

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 Bewohnergemeinschaft eines Wohn-, Alten- oder Pflegeheimes wohnen?
Hat er ausgeprägte Hinlauftendenzen
Ist der Patient blind oder erheblich sehgeschwach?

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-ahp@stadt.nuernberg.de**

Vielen Dank!

