

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname

Geburtsname

Geburtsdatum

Anschrift

Alten- und Pflegeheim  
Hans-Schneider-Haus

Salzbrunner Straße 51  
90473 Nürnberg

Tel. 0911/98079-0  
Fax 0911/98079-10

E-Mail:  
hans-schneider-haus@awo-nbg.de  
www.awo-nuernberg.de

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ist der/die Patient/in

	Ja	Nein
zeitlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhestände auf?

Ja      Nein

    

5. Ist der/die Patient/in bettlägerig

Ja      Nein

    

6. Liegt Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz, Harninkontinenz

Ja      Nein

    

(wenn ja, in welcher Form)

Streßinkontinenz    Dranginkontinenz    Reflexinkontinenz    Überlaufinkontinenz    Extrauerthaleinkontinenz

                                                                                      

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

8. Besteht eine Sucht-Krankheit? (wenn ja, welche?)

9. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art?)

10. Liegen physische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art?)

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (bitte genau bezeichnen)

12. Diagnose/n

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

14. Bestehen Lebensmittelunverträglichkeiten?

nein  ja

15. Ist Diät/Schonkost/Sondenkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)

16. Hinweise, Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf  
einer persönlichen Untersuchung  
der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes