



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

	nein	ja
Leidet der Patient an ansteckenden oder übertragbaren Erkrankungen (auch Tbc)? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet der Patient an schweren psychischen Erkrankungen (z. B. Psychosen) im Akutstadium oder ist er suchtkrank? Falls ja, was: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient trotz seiner Verhaltensstörungen in der Bewohnerge- meinschaft 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-ahp@stadt.nuernberg.de**

Vielen Dank!

