	<b>Ärztlicher Fragebogen</b>		Wohnen & Pflegen gGmbH
	Lfd. Nr. 064 Kapitel III-2.1	Version: 1.3 Stand: 16.10.08	

Für die Aufnahme im AWO Seniorenzentrum \_\_\_\_\_

Adresse:

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen.**

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

3. Ist die Aufzunehmende gefährlich  
Sturzgefährdet  ja  nein  
 ja  nein

4. Ist die Aufzunehmende bettlägerig  ja  nein

5. Inkontinenz der Blase  ja  nein  
des Darms  ja  nein

6. Hautzustand

Ist ein Dekubitus vorhanden  ja  nein

wenn ja, wo \_\_\_\_\_

7. Es ist unterstützende Hilfe nötig beim:

- Essen + Trinken
- An- und Auskleiden
- Aufstehen und zu Bett gehen
- Benutzen der Toilette
- beim Waschen/Duschen
- Lagern
- sonstiges: \_\_\_\_\_

8. Ist Sondennahrung erforderlich  ja  nein

9. Orientierung


Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Persönlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein

10. Unruhezustände  ja  zeitweise  nein  
 tagsüber  nachts

11. Suchtkrankheit  ja  nein

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Erstellt Bearbeiterin / Datum	Geprüft Referentin QM / Datum	Freigegeben GF / Datum	
Berg / 25.08.03	Diercks / 03.11.08	Willamowius / 03.11.08	Seite 1 von 2

	<b>Ärztlicher Fragebogen</b>		Wohnen & Pflegen gGmbH
	Lfd. Nr. 064 Kapitel III-2.1	Version: 1.3 Stand: 16.10.08	

12. Körperliche Behinderung:

---



---



---

13. Geistig-seelische Behinderung oder Störung:

---



---

14. Diagnosen:

---



---



---

15. Verordnete Medikamente: (b.Bed. bitte Zusatzblatt verwenden)

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

16. Diät  ja  nein  
wenn ja, welche \_\_\_\_\_

17a. Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen  
Lungentuberkulose vorhanden?  ja  nein  
(siehe Infektionsschutzgesetz §36 Absatz 4)

17b. Sind Anhaltspunkte für das Vorliegen anderer ansteckungsfähiger Krankheiten  
vorhanden?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

18. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

---



---



---

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes

Erstellt Bearbeiterin / Datum	Geprüft Referentin QM / Datum	Freigegeben GF / Datum	
Berg / 25.08.03	Diercks / 03.11.08	Willamowius / 03.11.08	Seite 2 von 2