



**Senioren- und Pflegezentrum  
St. Antonius gGmbH**  
Klosterstraße 30  
52146 Würselen

Tel.: 02405/457-0  
Fax: 02405/457-200  
Internet: [www.antonius-wuerselen.de](http://www.antonius-wuerselen.de)  
E-Mail: [info@antonius-wuerselen.de](mailto:info@antonius-wuerselen.de)

Eingangsvermerke der Einrichtung

## Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur vollstationären Aufnahme/ Kurzzeitpflege

<b>1. Vor- und Zuname</b>											
<b>Geburtsdatum</b>											
<b>2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen beim</b>											
	nein	Gelegentl.	Häufig	Dauernd		nein	Gelegentl.	Häufig	Dauernd		
Gehen	<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"/>		
Treppensteigen	<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"/>		
Essen	<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"/>		
Waschen	<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"/>		
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<b>3. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert?</b>					<b>4. Treten nachts Unruhezustände auf?</b>						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
örtlich desorientiert?											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?</b>						
persönlich desorientiert?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
situativ desorientiert?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>6. Liegt Inkontinenz vor?</b>											
(Stuhlinkontinenz)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(Harninkontinenz)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, in welcher Form?		<input type="checkbox"/>	Stress-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Drang-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflex-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlauf-inkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethrale Inkontinenz

<b>7. Wie ist die Gemütsstimmung</b> (die seelische Verfassung)?	
<b>8. Besteht eine Suchtkrankheit?</b> (wenn ja, welche)?	
<b>9. Besteht körperliche Behinderung</b> (wenn ja, welcher Art)?	
<b>10. Liegen psychische Störungen vor?</b> ( Wenn ja, welcher Art)?	
<b>11. Bestehen ansteckende Krankheiten?</b>  (bitte genau bezeichnen)	<b>Multiresistente Erreger (MRE)</b> <input type="checkbox"/> ja, wenn ja - Lokalisation: <input type="checkbox"/> nein
	<b>Andere ansteckende Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>12. Diagnose</b>		
<b>13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?</b>		
<b>14. Ist Diät/ Schonkost erforderlich?</b>		
<b>15. Hinweise, Bemerkungen</b>		
	Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person	Stempel und Unterschrift des Arztes
	Ort	
	Datum	