



**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 Tagespflege

<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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4. Treten nachts Unruhe-</b>			
örtlich desorientiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5. Ist der/die Patient/in bettlägerig?</b>			
situativ desorientiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Gemüts-</b> <b>stimmung</b> (die seelische Verfassung)?	
<b>8. Besteht eine Sucht-</b> <b>krankheit?</b> (wenn ja, welche)?	
<b>9. Besteht körperliche</b> <b>Behinderung</b> (wenn ja, welcher Art)?	
<b>10. Liegen psychische</b> <b>Störungen vor?</b> ( Wenn ja, welcher Art)?	
<b>11. Bestehen an-</b> <b>steckende Krank-</b> <b>heiten?</b>	<b>MRSA positiv</b> <input type="checkbox"/> ja, wenn ja → <b>Lokalisation:</b>
<b>(bitte genau bezeichnen)</b>	<b>MRSA positiv</b> <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