

BRK-Seniorenzentrum Am Zeltner Schloss  
Philipp-Kittler-Str. 25, 90480 Nürnberg  
Tel. 0911/99403-500 Fax 0911/99403-598

info@brk-seniorenzentrum-zeltner Schloss.de  
www.brk-seniorenzentrum-zeltner Schloss.de

## Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in das Pflegeheim / Kurzzeitpflege

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

1. Benötigt der Patient / die Patientin Hilfen beim	nein	manchmal	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/ 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"/>
2. Ist der Patient / die Patientin				
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Treten nachts Unruhe- zustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist der Patient / die Patientin bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Liegt Inkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie ist die Gemütsstimmung? _____				
7. Besteht eine Suchtkrankheit? Nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____				
8. Liegen psychische Störungen vor? nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____				
9. Besteht eine körperliche Behinderung? nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____				
10. Diagnose(n) _____				
11. Bestehen ansteckende Krankheiten? nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____				
12. Benötigte Medikamente? _____				
13. Ist Diät/Schonkost erforderlich? nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____				
14. Sonstiges _____				

Für zusätzliche Angaben bitte Beiblatt anfügen

PDL Aufnahme genehmigt: \_\_\_\_\_

Ort, Datum      Unterschrift und Stempel des Arztes