



Seniorenzentrum Sauerlach		Eingangsvermerke der Einrichtung
Andreassstr. 18 82054 Sauerlach		
Tel 08104-8893-0 / Fax 08104- 8893-20		
Ärztlicher Fragebogen		anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme
Vor- und Zuname:		
Adresse	Straße/Nr. _____	
	PLZ / Ort _____	
	Telefon _____	

Ist/ kann der/die Bewohner*in		
	Ja	Nein
Orientiert		
Falls nein: Desorientiert		
zeitlich		
örtlich		
situativ		
persönlich		
Gefähigkeit und Mobilisation		
Geh fähig		
Treppen steigen		
Mobilisation von Bett/ Stuhl/ Rollstuhl		
Hilfsmittel zum Gehen/ Mobilisieren:		



Körperpflege und Nahrungsaufnahme		
	Ja	Nein
Körperpflege am Waschbecken selbständig		
Duschen selbständig		
An/ Auskleiden selbständig		
Mundpflege Selbständig		
Falls Zahnprothese-Benutzung/Reinigung selbständig		
Toilette benutzen selbständig		
Urin inkontinent		
Stuhl inkontinent		
Essensaufnahme selbständig		
Mahlzeiten mundgerecht schneiden selbstständig		
Hilfsmittel vorhanden <input type="checkbox"/> Inkontinenzmaterial <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Brücken, Implantate <input type="checkbox"/> Hörgeräte, <input type="checkbox"/> Brille, Lesebrille usw. <input type="checkbox"/>		
Allergien/ Unverträglichkeiten auf folgende Lebensmittel: 		



Sonstiges	Ja	Nein
Besteht herausforderndes Verhalten		
<u>Falls ja in welcher Form:</u>		
Besteht eine Demenz?		
Hin- oder Weg-Lauf Tendenz?		
Aggressivität?		
Hautzustand normal?		
Falls nein, wie ist der Hautzustand?- trocken, schuppig, rissig, Ekzeme, Hautkrankheiten:		
Wunden ?		
Falls ja chronisch oder akute Wunde und Wo?		
Bestehen ansteckende wie TBC, MRSA, Clostridium, sonstiges...		
Ärztliche Diagnosen- bitte Diagnosen Blatt anhängen		
Regelmäßige Medikamente – bitte aktuellen Medikamentenplan anhängen		
Besteht eine Medikamentenallergie? Falls ja, welche?		
Bestehen sonstige Allergien? Falls ja, welche?		
Sonstiges/ Bemerkungen		

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes