


Name und Anschrift der zukünftigen Bewohnerin / des zukünftigen Bewohners	Seniorenzentrum Martha-Maria Uferstraße  72202 Nagold Telefon (07452) 8438-0 Telefax (07452) 8438-19	  <b>MARTHA MARIA</b>  <small>Unternehmen Menschlichkeit</small>
---	---	--

**Ärztlicher Fragebogen** anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme  
 Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen x, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Vor- und Zuname			
2. Geburtstag			
3. Ist die Patientin / der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist die Patientin / der Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Beherrschung des Stuhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> bei _____		
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
15. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Körperliche Behinderung(en) - Art -: _____ _____			
17. Geistig-seelische Behinderungen oder Störungen - Art -: _____ _____			
18. Diagnose _____ _____			
19. Ist Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (auch Lungentuberkulose § 36 IfSG)? unbedingt ausfüllen →			
20. Hinweise und Bemerkungen der Ärztin / des Arztes: _____ _____			

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20\_\_

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes: \_\_\_\_\_