



Ärztlicher Fragebogen
(zur Aufnahme in das Seniorenstift Neuhausen)

Bitte übermitteln an: Seniorenstift Neuhausen
Telefax: 089/167820-42

Vor- und Zuname: _____ **geboren am:** _____

Erblindung?janein Sehbehinderung in %: links.....rechts.....

Ursache:

Pflegebedürftigkeitjanein Pflegegrad (nach Gutachten):

Diagnosen:

Körperliche Behinderungen /Hilfsmittel :.....

Patient gehfähig?	Ja / Nein	in psychiatrische Behandlung?	Ja / Nein	
Treppensteigen möglich?	Ja / Nein	geschlossene Unterbringung notwendig?	Ja / Nein	
Patient häufig bettlägerig?	Ja / Nein	Patient frei von ansteckenden Krankheiten? TBC, MRSA, etc.	Ja / Nein	
Beherrschung des Stuhlganges?	Ja / Nein	Allergien? Welche?	Ja / Nein	
Beherrschung des Urins?	Ja / Nein	Medikamentenallergien? Welche?	Ja / Nein	
Örtlich orientiert?	Ja / Nein	Zeitlich orientiert?	Ja / Nein	
Orientiert zur Person?	Ja / Nein	Weglaufgefährdung?	Ja / Nein	
Diabetiker?	Ja / Nein	Insulinpflichtig?	Ja / Nein	
Hörgeräte	Ja / Nein	Aktiver Raucher?	Ja / Nein	
Gemütsstimmung?	Willig?	Unwillig?	Freundlich?	Agressiv?
Suchterkrankungen?	Alkohol?	Nikotin?	Medikamente?	Drogen?
Körpergröße		Körpergewicht		

Seniorenstift Neuhausen
Winthirstraße 20
80639 München

Fon: 089 167820-0
Fax: 089 167820-42
info@seniorenstift-neuhausen.de
www.seniorenstift-neuhausen.de

Bankverbindung:
Commerzbank
IBAN: DE90 7004 0041 0221 2678 00
BIC: COBADEFXXX

Vor- und Zuname:

geboren am: _____

Benötigt fremde Hilfe beim:		
	Essen	Ja / Nein
	Waschen	Ja / Nein
	An- und Auskleiden	Ja / Nein
	Frisieren / Rasieren	Ja / Nein
	Aufstehen aus dem Bett	Ja / Nein
	Lagern zur Nachtruhe	Ja / Nein
	Nutzung der Toilette	Ja / Nein
	Sonstige Verrichtungen, Welche?	
Ergänzende Informationen:		

München, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Bei Rückfragen an den Arzt:

Telefon: _____

Telefax: _____

E-mail: _____