

## Ärztlicher Fragebogen

zur Aufnahme in das Altenzentrum  
St. Martin gGmbH

Telefon 07433 907203 651  
Fax 07433 907203 650

E-Mail [melanie.schuhbauer@stiftung-st-franziskus.de](mailto:melanie.schuhbauer@stiftung-st-franziskus.de)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

1. Ist der Patient gehfähig?  ja  nein  Unterstützung
2. Treppensteigen möglich?  ja  nein  Unterstützung
3. Ist der Patient bettlägerig?  häufig  gelegentlich  nein
4. Stuhlinkontinenz?  ja  nein
5. Harninkontinenz?  ja  nein

falls ja, besteht ein:  transurethraler Katheter /  suprapubischer Katheter?

6. Ist der Patient zeitlich orientiert?  ja  nein  gelegentlich
7. Ist der Patient örtlich orientiert?  ja  nein  gelegentlich
8. Ist der Patient situativ orientiert?  ja  nein  gelegentlich
9. Neigt der Patient zum Weglaufen?  ja  nein
10. Liegen ansteckende Krankheiten (z.B. Tuberkulose) nach §§ 6 u. 34 IfSG vor?  ja  nein

Wenn ja, welche Erkrankung liegt vor? \_\_\_\_\_

11. Benötigt der Patient fremde Hilfe beim (bitte ankreuzen)

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Frisieren/Rasieren				
Aufstehen (aus dem Bett)				
Zu Bett gehen				
Benutzen der Toilette				

13. Wie ist die Gemütsstimmung? (seelische Verfassung)

---

14. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)

---

15. Besteht eine körperliche oder geistige Behinderung? (wenn ja, welche Art?)

---

16. Liegen psychische Auffälligkeiten vor? (wenn ja, welche)

---

17. Diagnosen mit Angabe **ICD-10 Schlüssel**: (Diagnosen gerne als Ausdruck beifügen)

---

---

---

18. **Medikamente**: (Der Medikamentenplan kann gerne als Ausdruck beigefügt werden)

---

---

19. **Allergien, Unverträglichkeiten**:

---

20. Gibt es Besonderheiten hinsichtlich der Ernährung? (z.B. Diät o.ä.)

---

liegt eine PEG/PEJ vor?       ja       nein

21. Bestehen Wunden? (wenn ja, wo und welcher Arzt ist zuständig?)

---

22. **Hinweise/Bemerkungen**:

---

---

....., .....

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes