



Seniorenzentrum
Novalis

Ärztlicher Fragebogen

**bitte vom zuletzt behandelten Hausarzt oder im
Krankenhaus/ Reha ausfüllen lassen**

Empfänger

Seniorenzentrum NOVALIS
Ghersburgstr. 19
83043 Bad Aibling

Tel: 08061/9050
Fax: 08061/905-699
email: info@seniorenzentrum-novalis.com

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Benötigt der Patient Hilfe beim

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisieren/ Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppen steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aufstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Ist der Patient

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
zeitlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
örtlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
persönlich desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
situativ desorientiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Treten nachts Unruhezustände auf? Nein Ja

Ist der Patient bettlägerig? Nein Ja

Liegt Inkontinenz vor? Nein Ja, welche
 Harninkontinenz
 Stuhlinkontinenz

Bewohner/in hat folgende Diagnosen:

Nein Ja, welche _____

Bestehen ansteckende Krankheiten / Infektionskrankheiten (z.B. MRSA, HIV, TBC,...)?

Nein Ja, welche _____

Besteht eine Suchtkrankheit?

Nein Ja, welche _____

Liegen psychische Störungen vor?

Nein Ja, welche _____

Freigabe	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
HL / PDL	stellv. HL	1.0	03/2012	Seite 1 von 2



Seniorenzentrum
Novalis

Ärztlicher Fragebogen

bitte vom zuletzt behandelten Hausarzt oder im
Krankenhaus/ Reha ausfüllen lassen

Besteht eine demenzielle Erkrankung?

Nein Ja, welche _____

Besteht eine Weglaufgefährdung?

Nein Ja

Liegen Informationen zu Schmerzen vor (Schmerzlokalisierung, Schmerzdiagnose)?

Nein Ja, welche _____

Bewohner/in hat folgende Medikation und Dosierung:

Nein Ja, welche _____

Bedarfsmedikation (bitte genauen Indikationsgrund angeben z.B. Paracetamol bei rect. Temp über 38,5°)?

Nein Ja, welche _____

Injektionen (Altinsulin, Basalinsulin, subkutan Injektionen, intramuskuläre Injektionen):

Nein Ja, welche _____

Ist eine besondere Kostform notwendig (Diät/ Schonkost)?

Nein Ja, welche _____

Hinweise, Bemerkungen:

Nein Ja, welche _____

**Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des/ der Bewohner/in.
Bei Einzug bitte ausreichend Medikamente (für mind. 3 Tage) vorhalten.**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Hausarztes

Freigabe	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
HL / PDL	stellv. HL	1.0	03/2012	Seite 2 von 2