



ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

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

FO 6.4.21

Azurit Seniorenzentrum NOVALIS
Ghersburgstraße 19
83043 Bad Aibling

Tel: 08061-905-0
Fax: 08061-905-699
info@seniorenzentrum-novalis.com

**Aufzunehmender
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. COVID- 19 MRSA, HIV, TBC,...)?

Nein Ja, welche _____

Besteht eine Suchtkrankheit?

Nein Ja, welche _____

Liegen psychische Störungen vor?

Nein Ja, welche _____

Freigabe	Bearbeiter	Version	Gültig ab	Seite
HL L.Merse	QMB	1.0	15.01.19	Seite 1



ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

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

FO 6.4.21

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	Gültig ab	Seite
HL L.Merse	QMB	1.0	15.01.19	Seite 2