

**Seniorenhaus Nauheim GmbH**

Einrichtung für alte, behinderte  
und pflegebedürftige Menschen  
Konrad-Adenauer-Allee 34 - 40  
64569 Nauheim  
Tel. 06152 / 95 52-0 Fax 06152 / 95 52 499  
nauheim@seniorenheime-adrian.de

**Seniorenheim Trebur GmbH**

Einrichtung für alte, behinderte  
und pflegebedürftige Menschen  
Eichenstr. 10 65468 Trebur  
Tel. 06147 / 68 98 - 0  
Fax 06147 / 68 98 499  
trebur@seniorenheime-adrian.de

**Seniorenpark Bischofsheim GmbH**

Einrichtung für alte, behinderte  
und pflegebedürftige Menschen  
Schulstr. 60 65474 Bischofsheim  
Tel: 06144 / 33 74 0  
Fax 06144 / 33 74 499  
bischofsheim@seniorenheime-adrian.de

**Ärztlicher Fragebogen**

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die Einrichtung

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen x, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Zuname:	2. Vorname	Geburtsname:	
2. Wohnungsanschrift:			
3. Geboren am:			
4. Ist der Patient/die Patientin gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ist der Patient/die Patientin häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung des Stuhlabganges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Beherrschung des Urinabganges?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10. 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 Lagern zur Nachtruhe	
	<input type="checkbox"/> beim Toilettengang	<input type="checkbox"/> bei	
11. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
14. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> verdrießlich
15. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
17. Körperliche/geistig-seelische Behinderung -Art - _____			
18. Diagnose: _____			
19. Lläuft der Patient/die Patientin weg?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
20. Ist die Unterbringung in eine geschlossene Einrichtung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**Wichtig, bitte ausfüllen!**

Ist der Patient/die Patientin frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC);  
gemäß § 36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes?

ja  nein

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_