



Ärztlicher Fragebogen

Fax: 0631 / 31 73 333

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Straße, Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Selbstständ. Haushalt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="text"/>	Krankenhausaufenthalt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

1. Benötigt der/die Patient/in Hilfe bei

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd		Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ist der/die Patientin orientiert?

zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Treten nachts Unruhezustände auf?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Ist der/die Patient/in bettlägerig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Ist der/die Patient/in weglaufgefährdet?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Liegt Inkontinenz vor?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Liegt eine Pflegestufe vor?

Welche? Härtefall

8. Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welcher Art)

9. Bestehen ansteckende Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz?

Bestehen insbesondere Hinweise auf TBC ?

Befall von MRSA ?

Sonstige Infektionskrankheiten?

10. Sind darüber ärztliche Atteste beigelegt?

ja nein



11. Wie ist die Bewusstseinslage des Patienten/der Patientin?

geistig rege ängstlich verstimmt
verlangsamt somnolent komatös

12. Besteht eine Suchtkrankheit? (Wenn ja welche)

13. Liegen andere Einschränkungen vor?

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd		Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Sprachvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperationsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Welche Diagnosen hat der/die aufzunehmende Person?

Hauptdiagnosen

Nebendiagnosen

15. Liegen eine dementielle/psychische Veränderung vor?

ja nein

Medizinische Diagnose

Ursache für Pflegebedürftigkeit

16. Ist eine besondere Diät erforderlich? (Wenn ja welcher Art)

17. Welche Medikamente müssen verabreicht werden? (Mit Dosisangabe: mo-mi-ab-na)

Tablettenform

Tropfenform

Injektionen

Bedarfsmedikation (z. B. Schmerztherapie, Fieber-/Erkältungsmedikation etc.)

18. Übernehmen Sie auch die weitere ärztliche Betreuung in unserer Einrichtung?

ja nein Häufigkeit ihrer Hausbesuche

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes