

Bitte diesen Fragebogen erst vor unmittelbarer Aufnahme vom Arzt ausfüllen lassen.

Ärztlicher Fragebogen

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Pflegegrad / seit

Gewicht, Datum

Größe, Datum

Hausarzt

Telefon

Krankenkasse

Versichertennummer

Meldepflichtige Erkrankungen (z. B. MRSA, Hepatitis)

zurzeit keine bekannt

Erklärung nach § 35 Absatz 5 Infektionsschutzgesetz* – ansteckungsfähige
Tuberkulose: Anhaltspunkte für Lungentuberkulose

zurzeit keine bekannt

Allergien / Unverträglichkeiten

zurzeit keine bekannt

Relevante Grundimmunisierungen nach Empfehlung der STIKO (Art, Datum)

zurzeit keine bekannt

Wichtig! Bitte auch Ausdrucke der aktuellen ärztlichen Verordnungen und Diagnosen beilegen.

Aktuelle Diagnosen:

Gibt es Hinweise auf suizidale Gedanken (Art, Datum)

zurzeit keine bekannt

Informationssammlung

Nachname, Vorname

Dekubitus Nein Ja, wo: _____

Wunden Nein Ja, wo: _____

I Essen und Trinken

Kostform _____

selbstständige Flüssigkeitsaufnahme Ja Nein

selbstständige Nahrungsaufnahme Ja Nein

Schluckstörungen Ja Nein

Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme
erforderlich Ja Nein

Kontrolle der Nahrungsaufnahme
erforderlich Ja Nein

I Ausscheidung

selbstständige Toilettenbenutzung Ja Nein

Harninkontinenz Ja Nein

Blasenverweilkatheter Ja Nein

liegt seit _____

suprapubisch transurethral CH _____

Stuhlinkontinenz Ja Nein

Anus praeter Ja Nein

I Unterstützung beim Waschen und Kleiden

Duschen / Baden Ja Nein

Mundhygiene Ja Nein

An- und Auskleiden Ja Nein

I Unterstützung bei der Mobilität

Sitzen Ja Nein

Gehen / Stehen Ja Nein

Bett aufsuchen / verlassen Ja Nein

Umlagern im Bett Ja Nein

Bettlägerig Ja Nein

I Einschränkungen in der Orientierung

zeitlich örtlich

zur Person situativ

zurzeit keine bekannt

I Hilfsmittel

Brille

Hörgerät links rechts

Zahnprothese oben unten

Gehhilfe

Rollator Rollstuhl

I Kommunikation

zurzeit keine Einschränkungen bekannt

Artikulations-/ Sprachstörungen

Sonstiges

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes