

Ärztlicher Fragebogen

Bitte Einrichtung auswählen

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Pflegegrad / seit

Gewicht, Datum

Größe, Datum

Hausärztin/Hausarzt

Telefon

Krankenversicherung

Versichertennummer

Meldepflichtige Erkrankungen (Salmonellose, MRSA, Hepatitis etc.)

zurzeit keine bekannt

Ärztliches Zeugnis gem. § 35 Absatz 5 IfSG – ansteckungsfähige
Lungentuberkulose oder Anhaltspunkte für Lungentuberkulose

zurzeit nicht bekannt

Allergien / Unverträglichkeiten

zurzeit keine bekannt

Relevante Grundimmunisierungen nach Empfehlung der STIKO (Art, Datum)

zurzeit keine bekannt

Aktuelle Diagnosen Bitte legen Sie Kopien der aktuellen ärztlichen Verordnungen und Diagnosen bei.

Gibt es Hinweise auf suizidale Gedanken (Art, Datum)

zurzeit keine bekannt

Informationssammlung

Nachname, Vorname

Dekubitus Nein Ja, wo: _____

Wunden Nein Ja, wo: _____

Essen und Trinken

Kostform _____

selbständige Flüssigkeitsaufnahme Ja Nein

selbständige Nahrungsaufnahme Ja Nein

Schluckstörungen Ja Nein

Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme erforderlich Ja Nein

Kontrolle der Nahrungsaufnahme erforderlich Ja Nein

Unterstützung beim Waschen und Kleiden

Duschen / Baden Ja Nein

Mundhygiene Ja Nein

An- und Auskleiden Ja Nein

Einschränkungen in der Orientierung

zeitlich örtlich

zur Person situativ

zurzeit keine bekannt

Kommunikation

zurzeit keine Einschränkungen bekannt

Artikulations-/Sprachstörungen

Sonstiges

Ort, Datum

Ausscheidung

selbständige Toilettenbenutzung Ja Nein

Harninkontinenz Ja Nein

Blasenverweilkatheter Ja Nein

liegt seit: _____

suprapubisch Transurethral CH _____

Stuhlinkontinenz Ja Nein

Harninkontinenz Ja Nein

Anus praeter Ja Nein

Unterstützung bei der Mobilität

Sitzen Ja Nein

Gehen / Stehen Ja Nein

Bett aufsuchen/verlassen Ja Nein

Umlagern im Bett Ja Nein

Bettlägerig Ja Nein

Hilfsmittel

Brille

Hörgerät links rechts

Zahnprothese oben unten

Gehhilfe Rollator Rollstuhl