

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung in einer Pflegeeinrichtung

1.) Vor- und Zunahme Geburtsdatum	<hr/>												
2.) Benötigt die/der Patient/in Hilfe beim Gehen Treppensteigen Essen Waschen Ankleiden	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"> nein gelegentlich häufig dauernd </td> <td style="text-align: center; width: 50%;"> nein gelegentlich häufig dauernd </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Frisieren</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Rasieren</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Aufstehen aus Bett</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">zu Bett gehen</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Benutzen d. Toilette</td> <td></td> </tr> </table>	nein gelegentlich häufig dauernd	nein gelegentlich häufig dauernd	Frisieren		Rasieren		Aufstehen aus Bett		zu Bett gehen		Benutzen d. Toilette	
nein gelegentlich häufig dauernd	nein gelegentlich häufig dauernd												
Frisieren													
Rasieren													
Aufstehen aus Bett													
zu Bett gehen													
Benutzen d. Toilette													
3.) Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert örtlich desorientiert persönlich desorientiert situativ desorientiert	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"> 4.) Treten nachts Unruhezustände auf? </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"> 5.) Ist der/die Pat. bettlägerig? </td> </tr> </table>		4.) Treten nachts Unruhezustände auf?		5.) Ist der/die Pat. bettlägerig?								
	4.) Treten nachts Unruhezustände auf?												
	5.) Ist der/die Pat. bettlägerig?												
6.) Liegt Inkontinenz vor? Stuhlinkontinenz Harninkontinenz (wenn ja, in welcher Form)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 16.6%;">Stress-</td> <td style="text-align: center; width: 16.6%;">Drang-</td> <td style="text-align: center; width: 16.6%;">Reflex-</td> <td style="text-align: center; width: 16.6%;">Überlauf-</td> <td style="text-align: center; width: 16.6%;">extraurethrale</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">inkontinenz</td> </tr> </table>	Stress-	Drang-	Reflex-	Überlauf-	extraurethrale	inkontinenz	inkontinenz	inkontinenz	inkontinenz	inkontinenz		
Stress-	Drang-	Reflex-	Überlauf-	extraurethrale									
inkontinenz	inkontinenz	inkontinenz	inkontinenz	inkontinenz									
7.) Wie ist die Gemütslage? (seelische Verfassung)	<hr/> <hr/> <hr/>												
8.) Besteht eine Sucht- erkrankung? (wenn ja, welche?)	<hr/> <hr/> <hr/>												
9.) Besteht eine körperliche Behinderung? (Wenn ja, welche?)	<hr/> <hr/> <hr/>												
10.) Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welche?)	<hr/> <hr/> <hr/>												
11.) Bestehen ansteckende Krankheiten? (Lungentuberkulose etc.) Bitte genaue bezeichnen.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>												

12.) Letzter Thoraxbefund	<hr/> <hr/> <hr/>
13.) Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
14.) Liegt ein positiver Befund über MRSA/ MRE vor? (Wenn ja, wo lokalisiert?)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
15.) Diagnosen	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
16.) Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (Schmerzlokalisation/ Schmerzdiagnose)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
17.) Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
18.) Ist Diät/Schonkost erforderlich (Wenn ja, welcher Art?)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
19.) Hinweise, Bemerkungen	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung mit der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes