

## Ärztlicher Fragebogen

(Dieser Fragebogen ist auszufüllen vom Hausarzt oder einem Arzt des behandelnden Krankenhauses)

### Angaben zur Person

<b>Vor- und Zuname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Pflegestufe:</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

### Diagnosen

<input type="checkbox"/> Diab. Mellitus	<input type="checkbox"/> Herzinsuff.	<input type="checkbox"/> Angina Pect.	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Morb. Parkinson	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Zust.n.Apopl.Insult	<input type="checkbox"/> Polyneuropathien
<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> rezid. TIA	<input type="checkbox"/> Zust.n.Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Cerebralsklerose
<input type="checkbox"/> Suchterkrankung: _____			
<input type="checkbox"/> Allergien: _____			

<b>Weitere Diagnosen:</b>	
---------------------------	--

### Liegt eine gerontopsychiatrische Erkrankung / psychische Erkrankung vor?

<input type="checkbox"/> vaskuläre Demenz	<input type="checkbox"/> Demenz Typ Alzheimer	<input type="checkbox"/> Depression
<b>Sonstige:</b>		
<b>Vorhandene Orientierung:</b>	Örtlich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Nein Zeitlich: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Nein Situativ: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> Nein	

<b>Besteht beim Patienten eine Tendenz zu:</b>	Weglaufgefährdung Eigengefährdung Fremdgefährdung z.B. körperliche Aggressivität
<b>Ernährungszustand / Allgemeinzustand:</b>	gut <input type="checkbox"/> adipös kachektisch <input type="checkbox"/> exsikkiert
<b>Sind spezielle Ernährungsformen erforderlich?</b>	Sondennahrung <input type="checkbox"/> Diabetesdiät Sonstige <input type="checkbox"/> Keine
<b>Wie ist der Hautzustand?</b>	

### Infektion

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
FoPSKS 035	Ärztlicher Fragebogen	a	1 von 2



<b>Ärztliches Zeugnis § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfsG) Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose</b>	sind vorhanden
	sind <u>nicht</u> vorhanden
<b>Anzeichen für andere ansteckende Krankheiten</b>	sind vorhanden
	sind <u>nicht</u> vorhanden

**Medikamente**

<b>Welche Medikamente sind verordnet?</b>	
---	--

**Sonstiges:**


\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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