



Ärztlicher Fragebogen

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

Angaben zur Person

Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	
Pflegestufe:	<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: _____			

Weitere Diagnosen:	
---------------------------	--

Liegt eine gerontopsychiatrische Erkrankung / psychische Erkrankung vor?

<input type="checkbox"/> vaskuläre Demenz	<input type="checkbox"/> Demenz Typ Alzheimer	<input type="checkbox"/> Depression
Sonstige:		
Vorhandene Orientierung:	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	

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

Infektion

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



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

Medikamente

Welche Medikamente sind verordnet?	
---	--

Sonstiges:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes