

Ärztlicher Fragebogen

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

Angaben zur Person	
Vor- und Zuname:	
Geburtsdatum:	
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

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 |
- Suchterkrankung: _____
- 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:	<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Eigengefährdung <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung z.B. körperliche Aggressivität
Ernährungszustand / Allgemeinzustand:	<input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> Kachektisch <input type="checkbox"/> exsikkiert
Sind spezielle Ernährungsformen erforderlich?	<input type="checkbox"/> Sondennahrung <input type="checkbox"/> Diabetesdiät <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Keine
Wie ist der Hautzustand?	
Sind Allergien bekannt?	

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

Medikamente	
Welche Medikamente sind verordnet? (Bitte dringend den aktuellen und vom Arzt unterschriebenen Medikamentenplan beilegen!)	

Sonstiges:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes