

Ärztlicher Fragebogen

(Vom zuletzt behandelten Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Persönliche Angaben der/s Patientin/en

Name:

Vorname:

Krankenkasse:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnr.:

1. Gesundheitszustand

Körpergewicht

ca.:

Körpergröße:

Diagnose:

Seit wann ist der/die Patient/in in
Behandlung?

Seit wann ist der/die Patient/in im
Krankenhaus?

Ist eine laufende medikamentöse Behandlung
erforderlich?

nein

ja

*Wenn ja, bitte Medikamentenplan
beifügen.*

Trägt der Patient einen Herzschrittmacher?

nein

ja, nächster Kontrolltermin:

Bestehen Einschränkungen?	Hörvermögen	nein ja	Sehvermögen	nein ja
--------------------------------------	-------------	------------	-------------	------------

Sprachvermögen	nein ja
----------------	------------

Hat der Patient ansteckende Erkrankungen?	Lungen- tuberkulose (s. §36 Abs. 4 IfSG)	nein ja	Pilzerkrankung	nein ja
--	--	------------	----------------	------------

Salmonellen	nein ja	Noro- Virus	nein ja	MRSA	nein ja
-------------	------------	----------------	------------	------	------------

Aids	nein ja	Hepatitis	nein ja
------	------------	-----------	------------

andere:	nein ja:
---------	-------------

Gibt es Allergien/ Unverträglichkeiten?	nein ja:
--	-------------

Besteht ein Dekubitus?	nein ja, seit:
-----------------------------------	-------------------

wo?

wie groß?

Besteht eine Suchtkrankheit?	Tabletten	Alkohol
	nein ja:	nein ja

Drogen

nein

ja:

Psychopharmaka

nein

ja:

andere:

nein

ja:

2. Körperliche/psychische Situation

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim *(bitte ankreuzen)*

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Gehen				
Stehen				
Essen				
Waschen				
Benutzen der Toilette				
Ankleiden				
Rasieren/Frisieren				
Aufstehen				
zu Bett gehen				

Wird ein/werden Hilfsmittel beim Gehen, Stehen, Toilettengang benötigt? (z.B. Rollator, Lifter, Stomaanlage, Dauerkatheter, etc.? Wenn ja, welche/s:

Besteht bei der Ernährung eine Sondenkost / Diät?

nein

ja:

Wie ist der allgemeine körperliche/geistige Zustand? *(bitte ankreuzen)*

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Treten nachts Unruhezustände auf?				
Ist der/die Patient/in bettlägerig?				
Besteht eine Harninkontinenz?				
Besteht eine Stuhlinkontinenz?				

Ist der/die Patient/in orientiert? *(bitte ankreuzen)*

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
weg-/hinlauftendenz				
zeitlich orientiert				
persönlich orientiert				
örtlich orientiert				
situativ orientiert				

Wie ist die seelische Verfassung des Patienten?

- depressiv
- ängstlich
- normal
- hyperaktiv

Ist der Patient aggressiv?

- nein
- ja

Ist eine fachärztliche Betreuung notwendig?

- nein
- ja und zwar:

Ist die Unterbringung in einer beschützenden Einrichtung notwendig?

- nein
- ja

Behandeln Sie den o.g. Patienten nach erfolgtem Heimeinzug weiter?

nein

ja

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes