

Ärztlicher Fragebogen



Heimeinzug Kurzzeitpflege Tagespflege

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen und zusammen mit den Anmeldebogen einreichen.
Herzlichen Dank.

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: ____:____:_____

Diagnosen:

Psychische Erkrankungen: nein
 Demenz (Ergebnis MMS-Test, falls bekannt: _____ Punkte)
 Sonstige, und zwar:

Ansteckende Erkrankungen: nein
 ja, und zwar:

Anhaltspunkte für eine ansteckende Lungenerkrankung nein
 ja

MRSA: nein
 ja, Art/Lokalisation:

Allergien: nein
 ja, und zwar:

Hörbehinderung: nein leicht schwer

Sprachstörungen: nein leicht schwer

Sehbehinderung: nein leicht schwer

Schluckbeschwerden: nein leicht schwer

Ärztlicher Fragebogen



Kontrakturen nein
 ja, und zwar:

Dekubiti: nein
 ja, Ort/Grad/Größe/Behandlung:

Körpergewicht: _____kg Körpergröße: _____cm

Täglicher Hilfebedarf in Form der Beaufsichtigung oder Anleitung (B/A), Unterstützung (U) oder vollständige Übernahme (V):

Hilfe bei der Körperpflege erforderlich:

	nein	B/A	U	T	V		nein	zeitweise	dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nein	ja	
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katheterpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hilfe bei der Ernährung:

	nein	B/A	U	T	V
Mundgerechte Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonde nein
 ja, und zwar:

Ist eine besondere Ernährung erforderlich: nein
 ja, und zwar:

Ärztlicher Fragebogen



Hilfe bei der Mobilität:

	nein	B/A	U	T	V
Aufstehen/ Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden, Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlassen des Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt eine Bettlägerigkeit vor? nein ja

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? nein
 ja, und zwar:

Bereits vorhanden? nein ja

Bereits verordnet? nein ja

Orientierung :

	vorhanden	fehlt teilweise	fehlt dauernd
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruhen/ Schlafen:

	nein	zeitweise	dauernd
Nachts unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tags unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinlauftendenz nein ja

Weitere Besonderheiten:

Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit Unterschrift des Arztes bei.

Datum: _____

Ärztlicher Fragebogen



Unterschrift des Arztes / Praxisstempel

Erstellt am, von: 17.05.2013, D. Schlegel	Freigegeben am, von: 24.05.2013, M. Volz-Neidlinger	Seite 4/4
Dateipfad: /Volumes/NO NAME/Homepage/CHEF_ Inhalte für Neue Homepage/Inhalte für Webseite/stationäre Pflege/Formulare/3.5.2.6 Ärztlicher Fragebogen.docx		