

# Ärztlicher Fragebogen

## Personendaten

|                |               |
|----------------|---------------|
| Name/ Vorname: | Geburtsdatum: |
|----------------|---------------|

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in die  Tagespflege  Kurzzeitpflege  Langzeitpflege

(Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen, ggf. im geschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.)

## Zustandbeschreibung/ Befund und Diagnose

Unterkrankungen:  nein  ja wenn ja, welche \_\_\_\_\_

MRSA  nein  ja

Ansteckende Erkrankungen i.S. des § 36 Abs. 4 IfSG:  nein  ja wenn ja, welche \_\_\_\_\_

## Medikamente:

|  | Früh | Mittag | Abend | Nachts |
|--|------|--------|-------|--------|
|  |      |        |       |        |
|  |      |        |       |        |
|  |      |        |       |        |
|  |      |        |       |        |
|  |      |        |       |        |
|  |      |        |       |        |
|  |      |        |       |        |
|  |      |        |       |        |

- Abführmittel \_\_\_\_\_  nein  ja Menge/Tag \_\_\_\_\_
- Kompressionsstrümpfe  nein  ja \_\_\_\_\_
- Pufi- Verband  nein  ja Häufigkeit/ Woche \_\_\_\_\_
- PEG- Verband  nein  ja Häufigkeit/ Woche \_\_\_\_\_
- Blutzucker- Kontrolle  nein  ja Häufigkeit: \_\_\_\_\_
- Blutdruck- Kontrolle  nein  ja Häufigkeit: \_\_\_\_\_
- Beruhigungsmittel/ Schlafmittel bei Bedarf  nein  ja Menge/Tag \_\_\_\_\_

## Geistig- seelischer Zustand

|   |  |   |
|---|--|---|
| Orientierung:                                     | <input type="checkbox"/> orientiert                    | <input type="checkbox"/> nicht orientiert           |
| Zeitlich:   | <input type="checkbox"/> ja                            | <input type="checkbox"/> zeitweise nicht orientiert |
| Örtlich:  | <input type="checkbox"/> ja                            | <input type="checkbox"/> nein                       |
| Zur Person:                                       | <input type="checkbox"/> ja                            | <input type="checkbox"/> nein                       |
| Zur Situation:                                    | <input type="checkbox"/> ja                            | <input type="checkbox"/> nein                       |
| Bei verwirrten Personen:<br>Es besteht Neigung    | <input type="checkbox"/> zum Weglaufen                 | <input type="checkbox"/> zu aggressivem Verhalten   |
|   |  | <input type="checkbox"/> gegen sich selbst          |
|   |  | <input type="checkbox"/> gegen andere               |
| Sind freiheitsentziehende<br>Maßnahmen notwendig? | <input type="checkbox"/> ja<br>wenn ja, welche         | <input type="checkbox"/> nein                       |
|   | <input type="checkbox"/> Bauchgurt/<br>Sicherheitsgurt |   |
|   | <input type="checkbox"/> Bettgitter                    |   |
|   | <input type="checkbox"/> Vorstelltisch                 |   |
|   | <input type="checkbox"/> Sonstige                      |   |

### Funktionelle Einbußen

- im körperlichen Bereich (Liegen insbesondere noch weitere Auswirkungen der Behinderung des Leidens vor?)

---



---

- im geistig-seelischen Bereich (z.B. depressiv, verstimmt, weinerlich, aggressiv, unberechenbar, motorisch unruhig)

---



---

- im Bereich Ernährung: Ist eine Diät erforderlich?  nein  ja  
wenn ja, welche \_\_\_\_\_

- **Wunden vorhanden** wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
wenn ja, Behandlung mit \_\_\_\_\_

- Empfohlene Hilfsmittel**
- Anti-Dekubitus-Matratze
  - Multifunktionsrollstuhl/ Rollstuhl
  - Gehwagen/ Rollator
  - sonstiges \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes