

Ärztlicher Fragebogen

für Einrichtung (Name des Hauses): _____

Auszufüllen von der/dem
behandelnden Ärztin/Arzt

Bitte vollständig bearbeiten und
in einem **verschlossenen** Umschlag
zur Weiterleitung mitgeben!

1. **Vor- und Zuname:** _____

Geburtsdatum: _____

2. **Krankenkasse:** _____

3. **Diagnosen** (wenn möglich als Datenausdruck beifügen):

4. **Verordnete Medikamente** (wenn möglich als Datenausdruck beifügen):

5. **Sonstige Verordnungen:**

6. **Bestehen oder bestanden ansteckende Infektionskrankheiten, z. B. MRSA,
Hepatitis o. ä.?**

nein ja/welche und wann? _____

7. **Liegt eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane vor?**

(§ 36 Abs. 4 SeuchRNeuG) nein ja

8. **Besteht eine Suchtkrankheit?**

nein ja/welche? _____

9. **Sind Allergien bekannt?**

nein ja/welche? _____

10. **Ist die Patientin/der Patient**

zeitlich orientiert? ja nein gelegentlich

örtlich orientiert? ja nein gelegentlich

zur Person orientiert? ja nein gelegentlich

11. **Mobilität**

Patient(in) ist mobil mit Hilfsmittel mobil bettlägerig

Einschränkung durch: Versteifung Lähmung Amputation

wo? _____

12. Ist der/die Patient(in) sturzgefährdet? ja nein
Empfehlen Sie die Teilnahme der Patientin/des Patienten an Kraft- und Balancetraining
im Rahmen der Sturzprophylaxe? ja nein

13. Wunden
Bestehen bei der Patientin/dem Patienten zurzeit Wunden? ja nein
Wenn ja, wo? _____
Wundbehandlung?: _____

14. Ernährung
 normale Kost Diät/welche? _____
 passierte Kost
 PEG-Sonde: welche Sondennahrung? _____
Liegt eine Schluckstörung vor? ja nein

15. Ausscheidung
Harninkontinenz: ja nein Stuhlinkontinenz: ja nein

16. Schmerz
Leidet der/die Patient/(in) an akuten Schmerzen? ja nein
Leidet der/die Patient/(in) unter chronischen Schmerzen? ja nein
Aktuelle Schmerzbehandlung? _____

17. Liegt eine Weglaufgefährdung vor? ja nein

18. Zeigt der/die Patient(in) herausforderndes Verhalten?
 ja nein gelegentlich
Wie äußert sich dies? _____

19. Treten Unruhezustände auf? ja nein gelegentlich

20. Hat der/die Patient(in) Schlafstörungen? ja nein gelegentlich

21. Wie ist die Gemütslage/die seelische Verfassung?

22. Arzt/Ärztin
Vor- und Zuname: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ Telefax: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift, ggf. Stempel: _____

Hinweis zum Datenschutz:

Die erhobenen personenbezogenen Daten dienen zur Abklärung und Planung des pflegerischen Bedarfs und werden bei Heimaufnahme des Patienten/der Patientin elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und genutzt.