



Ärztlicher Fragebogen

Herr/Frau		geboren am :	
Straße			
Wohnort			
Krankenkasse		vorhandener Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane oder andere ansteckende Krankheiten nach dem IfSG
 liegen vor liegen nicht vor
Bei Beantwortung mit „liegen vor“, darf keine Verlegung in unser Haus stattfinden !

MRSA /ESBL
 liegt vor liegt nicht vor Hepatitis B Hepatitis C
Bei Beantwortung mit „liegt vor“, darf keine Verlegung in unser Haus stattfinden !

Diagnose:

Behandlungsbedürftigkeit:

Medikation:

Geistig- psychischer Zustand:
 auffallend vergeßlich nicht ansprechbar unauffällig motorisch unruhig (tags / nachts) aktiv / passiv
 desorientiert suchtgefährdet Gefahr des weglaufens kooperativ **ja / nein**
 psychisch krank aggressiv desorientiert (örtlich, zeitlich, zur Person) bettflüchtig **ja / nein**
 sonstiges: _____

Ernährungs- und Kräftezustand normal Diät notwendig _____
Magensonde / PEG : _____ Diabetiker nein ja _____
Sondennahrung : _____

Körpergröße _____ cm **Gewicht** _____ Kg _____

Seh- und Hörvermögen normal blind taub _____

Bewegungsfähigkeit normal eingeschränkt bettlägerig Lagerung _____
Dekubitus nein ja _____

Hilfebedarf liegt nicht vor ? möglicher Pflegegrad lt. erforderlichem Hilfebedarf heute: 1 2 3 4 5
 ja, fremde Hilfe erforderlich bei / beim:
 An- und Auskleiden Waschen Baden Kämmen _____
 Rasieren Aufstehen Hinliegen Hinsetzen _____
 Gehen Inkontinenz Verrichtung der Notdurft Katheter gelegt: _____
 Zerkleinern der Speisen Essen Sonstiges abgeführt am: _____

Hilfsmittel erforderlich Rollstuhl Gehilfe Sonstiges _____

Vorhandene Hilfsmittel: Rollstuhl Toilettenstuhl Gehwagen / Gehhilfe. ja / nein Brille ja/ nein
 Zahnersatz :Oberkiefer/Unterkiefer Sonstiges: _____

Ort & Datum

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel