## Ärztlicher Fragebogen

## (vom Hausarzt auszufüllen)

**(Zutreffendes bitte ankreuzen** [x]  **bzw. ausfüllen)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name & Vorname:** | **Geburtsdatum:** |
|       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hausarzt:** | **weitere Fachärzte:** |
|                                               |                                               |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosen:** | **Datum (TT/MM/JJ)** | **ICD- Nummer** |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
|       |  |       |
| **Liegt eine Demenz vor?** |
| [ ]  nein | [ ]  ja, ca. seit wann       |

|  |
| --- |
| **Allergien** |
| [ ]  nein | [ ]  ja, welche:       |

|  |
| --- |
| **Herzschrittmacher** |
| [ ]  nein | [ ]  ja |

|  |
| --- |
| **chronische Schmerzzustände** |
| [ ]  nein | [ ]  ja |

|  |
| --- |
| **Marcumarpatient** |
| [ ]  nein | [ ]  ja |

|  |
| --- |
| **Bestehen Anfallsleiden?** |
| [ ]  nein | [ ]  ja |

|  |
| --- |
| **Sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig?** |
| [ ]  nein | [ ]  ja, welche:       |

**Welche Medikamente werden zurzeit verabreicht? \***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament** | **morgens** | **mittags** | **abends** | **nachts** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

**\* (ggf. bitte unterzeichneten Medikamentenplan beifügen!)**

**Welche sonstigen ärztlichen Verordnungen bestehen?**

|  |  |
| --- | --- |
| (Kompressionstherapie, Injektionen, Infusionen, BZ,- RR-Kontrollen, 02-Gabe, BTM) | **Häufigkeit / Intervall** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

|  |
| --- |
| **sonstige Therapien** |
| [ ]  Physiotherapie |
| [ ]  Ergotherapie |
| [ ]  Logopädie |

|  |
| --- |
| **Besteht ein Dekubitus?** [ ]  nein [ ]  ja |
| **Lokalisation** |       | **derzeitige Wundbehandlung:** |
| **Grad** |       |       |
| **Größe** |       |       |
| **sonstige / weitere Wunden:** |
|       |

|  |
| --- |
| **Ist der/die Patient/In frei von ansteckenden Krankheiten? \* (TBC, Hepatitis, MRSA (IfsG))** |
| [ ]  ja | [ ]  nein, Befund:       |

**\* (Bitte ärztliches Zeugnis gem. § 36 Abs. 4 IfsG (Lungentuberkulose) beifügen!)**

|  |
| --- |
| **Besteht eine körperliche Behinderung?** |
| [ ]  nein | [ ]  ja, welche:       |

|  |
| --- |
| **Besteht eine psychische Störung?** |
| [ ]  nein | [ ]  ja, welche:       |

|  |
| --- |
| **Besteht Inkontinenz?** [ ]  nein [ ]  ja \* |
| [ ]  Harninkontinenz | [ ]  Stuhlinkontinenz |
| **Hilfsmittel:** |
| [ ]  suprapubischer Katheder | [ ]  Vorlagen |
| [ ]  transurethraler Katheder | [ ]  Urostoma |
| **CH-Größe:** | **Wechselintervall:** |
|       |       |
| **Begründung für den Katheter:** |
|       |

**\* Bitte Rezept für die individuelle Versorgung mit Inkontinenzmaterialien ausstellen**

|  |
| --- |
| **Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme** |
| [ ]  Diät (en), welche:       |
| [ ]  PEG:       |
| [ ]  Mangelernährung:       |
|       |
| [ ]  Unverträglichkeiten:       |
|       |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen / Hinweise:** |
|                 |

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_