## Ärztlicher Fragebogen

## (vom Hausarzt auszufüllen)

**(Zutreffendes bitte ankreuzen**  **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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_