



Ärztlicher Fragebogen

Stammdaten:

Vor- und Zuname	_____	Geburtsname	_____
Geburtstag	_____	Geburtsort	_____
Wohnort	_____	Straße	_____
Körpergröße	_____	Gewicht / kg	_____

Mobilität des Patienten:

- Ist die Antragstellerin / der Antragsteller gehfähig? ja nein nur mit Hilfe
- Braucht sie/er einen Rollator? ja nein
- Braucht sie/er einen Rollstuhl? ja nein
- Elektrisch? ja nein
- Ist sie/er bettlägerig? ja nein teilweise

Psychische und kognitive Verfassung des Patienten

- Sind psychische Erkrankungen vorhanden? ja nein
Wenn ja, welche? _____

- Treten psychische oder verhaltenstechnische Auffälligkeiten auf? ja nein
Wenn ja, welche und wie äußern sich diese? _____

- Ist er/sie orientiert?
 - a. zeitlich ja nein teilweise
 - b. örtlich ja nein teilweise
 - c. zur Person ja nein teilweise
 - d. zur Situation ja nein teilweise
- Liegt eine Tag- und Nacht Umkehr vor? ja nein
- Besteht Weg- oder Hinlauftendenz? ja nein
- Besteht Selbst- bzw. Fremdgefährdung ja nein
- Leidet bzw. litt sie/er an einer Suchtkrankheit? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Ärztlicher Fragebogen

Krankheitsbezogenen Daten:

- Besteht eine ansteckende Krankheit ? ja nein
 Wenn ja, welche?
 (Tbc, MRSA, Hepatitis) _____
- Liegen Hautdefekte vor? ja nein
 Wenn ja, welche?
 (Wundart, Größe, Alter) _____
- Bestehen körperliche Behinderungen? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
- Besteht eine Seh- oder Hörbeeinträchtigung? hören sehen nein
- Hat sie/er einen Herzschrittmacher? ja nein
- Liegen Allergien & Unverträglichkeiten vor? (Medikamente, Lebensmittel) ja nein
 Wenn ja, welche? _____
- Welche Pflegerelevante Diagnosen bestehen?
 Demenz D. mellitus
 Parkinson Epilepsie
 Apoplex chron. Schmerz
 PEG/PEJ Katheter
 Tracheostoma
- Bestehen weitere Diagnosen?

Medikamente

- Erhält der Patient folgendes Medikament? BTM Blutverdünner
- Welche weiteren Medikamente sind verordnet?
 Bitte mir Angabe der Dosierung

- Besteht eine Covid 19 Impfung? ja nein
- Welche weitere wichtigen Impfungen bestehen? Z.B. Grippe



Ärztlicher Fragebogen

Verordnungen:

- Welche Verordnungen bestehen?
 - Wundbehandlung
 - RR-Kontrolle
 - Insulinabgabe
 - Pulskontrolle
 - Blutzucker
 - Gewichtskontrolle
 - O₂- Gabe
 - Kompressionsstrümpfe
 - Sonstige:

Pflegerrelevante Daten:

- Besteht eine Harn- &/oder Stuhlinkontinenz?
 - ja
 - nein
- Bedarf sie/er fremder Hilfe?
 - Essen
 - Trinken
 - Waschen
 - Toilettengang
 - Frisieren/ Rasieren
 - Ankleiden
 - beim Aufstehen aus dem Bett
 - Sonstiges: _____

- Hilfsmittel:
 - Rollator
 - Gehstock
 - Rollstuhl
 - Toilettensstuhl
 - Duschstuhl
 - Orthesen
 - Hörgeräte
 - Prothesen
 - Brille
 - Sonstige: _____

Sonstiges:

- Wurde der Patient über die geplante Heimaufnahme informiert?
 - ja
 - nein
- Besteht bei dem Patienten eine Patientenverfügung?
 - ja
 - nein
- Weitere Bemerkungen des Arztes

Datum

Stempel / Unterschrift Arzt

Hinweis zum Datenschutz:

Die vertrauliche, bestimmungsmäßige Verwendung aller personenbezogenen Daten wird zugesichert.