

Ärztlicher Fragebogen

Vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Vor- und Zuname										
Geburtsdatum										
1. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim Gehen	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/ Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen / Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körper- Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ankleiden / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beim Lagerungswechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ist der/die Patient/in zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ist der/ die Patient/ in bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3. Liegt Inkontinenz vor?										
Stuhkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Harnkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(wenn ja, in welcher Form?)	<input type="checkbox"/> Stressinkont. <input type="checkbox"/> Dranginkont. <input type="checkbox"/> Reflexinkont. <input type="checkbox"/> Überlaufinkont. <input type="checkbox"/> extraurethrale Inkont. <input type="checkbox"/> Dauerkatheter									
4. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)										
5. Besteht eine Sucht- Krankheit (wenn ja, welche?)										
6. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art?)										

7. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art?)					
8. Diagnosen					
9. Bestehen ansteckende Krankheiten wie TBC, MRSA nach IfSG § 36 Abs. 4?					
10. Frühere Krankenhausaufenthalte (nach Möglichkeit Berichte beifügen)?					
11. Welche regelmäßigen Medikamente müssen verabreicht werden?		morgens	mittags	abends	nachts
12. Besteht eine Bedarfsmedikation?	Bedarfsmedikation mit Indikation	Einzeldosis		Tageshöchstdosis (Max. Dosis in 24 Std.)	
13. Ist Diät/ Schonkost erforderlich? (wenn ja, welche?)					
13. Sonstiges?					
Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des/ der Pateint/in	Ort, Datum			Unterschrift und Stempel Arzt	

Änderungsstatus: 3	Bearbeitet von: QM	Verantwortet von: HL	Freigegeben am: 01.09.2019	
			Inkrafttreten am: 01.09.2019	