



Ärztlicher Fragebogen

(alle Angaben werden vertraulich behandelt)

1. Name, Vorname: **Geburtsdatum:**

Straße: **Telefon:**

Postleitzahl und Ort:

2. Diagnosen:

.....

.....

3. Patientin / Patient benötigt Hilfe beim

| | nein | gelegentlich | häufig | dauernd | Bemerkungen |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Gehen | <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"/> | |
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ankleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Auskleiden | <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"/> | |
| Aufstehen (aus Bett) | <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"/> | |
| Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

4. Patientin / Patient ist

| | nein | gelegentlich | häufig | dauernd | Bemerkungen |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| persönlich orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| situativ orientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| bettlägerig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| stuhlinkontinent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| harninkontinent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

5. Nächtliche Unruhezustände ?

| | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| nein | gelegentlich | häufig | dauernd | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Weglaufgefährdung? | | ja | nein | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Bemerkungen

6. Besteht eine körperliche Behinderung (wenn ja, welcher Art)?

.....

Eingesetzte Hilfsmittel :

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rollstuhl | Rollator | Gehhilfe | Toilettenstuhl | Antidekubitusmatratze | Sonstige |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Bestehen ansteckende Krankheiten (wenn ja, bitte genau bezeichnen)?

.....
.....

8. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

.....
.....

9. Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....
.....

10. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?

.....
.....

11. Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (Welche)?

.....
.....

12. Ist Diät / Schonkost erforderlich (Wenn ja, welcher Art)?

.....
.....

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?
(alternativ: Medikamentenblatt beifügen)

| Name des Medikaments | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|----------------------|---------|---------|--------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

14. Gibt es Besonderheiten, auf die wir bei der Pflege achten sollen (Hinweise, Bemerkungen)?

.....
.....
.....

15. Ärztliches Zeugnis gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Es wird aufgrund der vom Unterzeichnenden vorgenommenen ärztlichen Untersuchung bescheinigt, dass bei der vorgenannten Person keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

16. Der Unterzeichnende übernimmt die ärztliche Versorgung des Patienten im

Caritas-Altenzentrum Maria Königin (Hausbesuche). ja nein

Ort/ Datum

Arztstempel und Unterschrift