

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Tagespflege

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Name (Familienname, bei Frauen auch Geburtsname)	
2. Vorname (Rufname unterstreichen)	
3. Geburtsdatum	
4. Ist der Patient gehfähig? 4.1 Benötigt der Patient Hilfsmittel hierfür? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein _____
5. Ist der Patient häufig bettlägerig? (mehr als 10 Stunden täglich)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
6. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
7. Liegt Inkontinenz vor? 7.1 Stuhlinkontinenz 7.2 Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
8. Sind für die Darm- und Blasenentleerung Hilfsmittel erforderlich? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein _____
9. örtlich orientiert zeitlich orientiert persönlich orientiert situativ orientiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
10. Ruhen und Schlafen	<input type="checkbox"/> schläft nachts weniger als 4 Stunden <input type="checkbox"/> mit Unterbrechung <input type="checkbox"/> ohne Unterbrechung <input type="checkbox"/> schläft nachts mehr als 4 Stunden <input type="checkbox"/> mit Unterbrechung <input type="checkbox"/> ohne Unterbrechung
11. Gemütsstimmung	
12. Besondere Eigenschaften	<input type="checkbox"/> selbstgefährdend <input type="checkbox"/> fremdgefährdend
13. Suchterkrankung?	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> anderes _____
14. Liegen Einschränkungen der Extremitäten vor?	
15. Liegen Einschränkungen / Erkrankungen im geistigen / seelischen Bereich vor?	
16. Liegen Einschränkungen der Sinnesorgane vor?	

17. Ärztliche Diagnosen	
18. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
19. Welche Behandlungspflege ist erforderlich?	
20. Ist Diät/ Schonkost erforderlich? (Wenn ja, welche Art?)	
21. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? (lt. IfSG § 36 Abs. 4 z.B. MRSA)	

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes